A National Perspective

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

E R R A T A - ALCOHOL IN CANADA

p. 5, line 1 should read: "47% increase in wine consumption"

p. 11, section 3.3, line 8 should read: "an increase of 2.2 litres or about 25 percent from 1970 to 1975"

p. 13, Table 1 should read: "Total: litres 100% alcohol, Spirits: litres 100% alcohol, Wines: litres per volume, Beer: litres per volume".

p. 27, Chart 6, Title should read: "Percentage of the Population Who Are Current Drinkers by Sex, Canada and Regions, 1978-79".

p. 79, Table 13 (Part I): Total Admissions, Alcohol Disorders by Type of Involuntary Admission, Mental Hospitals, Canada, 1978

The percentage for Prince Edward Island, and the Numbers and Percentages for Nova Scotia read:

	Prince Edward Island	Nova Scotia	
Involuntary Admissions	%	No.	%
Emergency	1	6	2
Commitment	97	235	85
Lieutenant Governor's Action	-	-	-
Remand	2	35	13
Other	-	-	-
TOTAL	100	276	100

Également disponible en français sous le titre "L'Alcool au Canada: une perspective nationale".

ALCOHOL IN CANADA

A NATIONAL PERSPECTIVE

Prepared by

Working Group on Alcohol Statistics

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1984

This Report reflects the views of the Working Group on Alcohol Statistics and not necessarily those of Health and Welfare Canada.

TABLE OF CONTENTS

	Page
LIST OF TABLES	X
LIST OF CHARTS	XI
PREFACE	XIII
ACKNOWLEDGEMENTS	XV
WORKING GROUP MEMBERS	XVI
CHAPTER	
I **INTRODUCTION: ALCOHOL IN CANADA**	1
1.1 PURPOSE	1
1.2 SCOPE OF THIS REPORT	2
II **SUMMARY OF FINDINGS**	4
2.1 INTRODUCTION	4
2.2 CONSUMPTION	4
2.3 PROBLEMS	6
2.4 TREATMENT	8
III **ALCOHOL CONSUMPTION**	11
3.1 INTRODUCTION	11
3.2 INTERNATIONAL COMPARISONS	11
3.3 RECENT TRENDS	11
3.3.1 General Consumption between 1975 and 1980 by Province and Territory	15
3.3.2 Consumption of Beer, Spirits, and Wine: General Trends	15

3.3.3 Consumption of Beer, Spirits, and Wine by Province and Territory 1975 to 1980 18

3.4 DRINKING IN CANADA: RESULTS OF THE CANADA HEALTH SURVEY 24

3.4.1 Patterns of Consumption by Age and Sex 25

3.4.2 Regional Features 26

3.4.3 Further Details on Frequency 27

3.4.4 Drinking and Sociodemographic Characteristics 29

IV **ALCOHOL-RELATED PROBLEMS** 32

4.1 INTRODUCTION 32

4.2 ALCOHOL-RELATED MORTALITY 33

4.2.1 Interprovincial Comparisons 37

4.2.2 Male-Female Mortality 37

4.2.3 Cirrhosis Mortality 38

4.3 ALCOHOLISM 41

4.4 ALCOHOL-RELATED MOTOR VEHICLE FATALITIES 46

4.4.1 Relative Risk by Age and Sex 46

4.5 SELF-IDENTIFIED DRINKING-ASSOCIATED PROBLEMS 47

4.5.1 Regional Features 50

4.5.2 By Age and Sex 51

4.5.3 Sociodemographic Characteristics 51

V ALCOHOL TREATMENT PROGRAMS 54

5.1 INTRODUCTION 54

5.2 SOURCES OF HELP 54

5.3 SPECIALIZED ALCOHOLISM TREATMENT PROGRAMS 57

5.3.1 Introduction 57

5.3.2 Sex of Clients 58

5.3.3 Age of Clients 58

5.3.4 Employment Status of Clients 62

5.3.5 Length of Treatment 62

5.3.6 Residential Care Facilities for Alcohol/Drug Addicts 67

5.4 GENERAL HOSPITALS AND MENTAL HOSPITALS 67

5.4.1 Introduction 67

5.4.2 Institutional Characteristics 68

5.4.3 Separations by Sex 75

5.4.4 Separations by Age 76

5.4.5 Length of Hospital Stay 76

5.4.6 Method of Admission 76

5.4.7 Cirrhosis of the Liver 77

VI ACTION IMPLICATIONS 82

6.1 IMPLICATIONS FOR PREVENTION 82

6.2 IMPLICATIONS FOR TREATMENT 84

6.3 IMPLICATIONS FOR RESEARCH 85

VII DEVELOPMENT OF ALCOHOL POLICY 90

7.1 INTRODUCTION 90

7.2 PRIORITY GIVEN TO ALCOHOL POLICY 90

7.3 CONTEXT FOR POLICY 92

7.4 CRITICAL POLICY ISSUES 97

VIII PUBLIC DEBATE AND COMMUNITY INITIATIVES 100

8.1 INTRODUCTION 100

8.2 SELECTING A PERSPECTIVE 100

8.3 CREATING COMMUNITY AWARENESS 102

8.4 TAKING ACTION 103

IX CONCLUSION 107

LIST OF TABLES

1. Per capita alcohol consumption in various countries, 1980.

2. Distribution of types of drinkers, 1978/79.

3. Current drinkers by age and sex.

4. Current drinkers by marital status, family income, and employment status.

5. Death rates from chronic liver disease and cirrhosis in population aged 20 and over by provinces, 1979 and 1980.

6. Estimated alcohol-involved fatalities and fatality rates, by age and sex, Canada, 1980.

7. Problems associated with current drinking by type of problem (per cent distribution), among drinkers, 1978/79.

8. Problems associated with drinking, by province, 1978/79.

9. Problems associated with drinking, by age, marital status, family income, and employment status, 1978/79.

10. A typology of help resources.

11. Residential care facilities for alcohol, drug addicts, Canada 1980-81.

12. Separations, Alcohol disorders, by days of care, General Hospitals and Mental Hospitals; 1972, 1976, 1980-81.

13. Total admissions, alcohol disorders, by type of involuntary admission, Canada, 1978.

14. Cirrhosis of the liver, separations, General Hospitals 1972-1978.

LIST OF CHARTS

1. Per Capita Consumption of Absolute Alcohol by Type of Beverage, Canada, 1970-1980.

2. Per Capita Consumption of Absolute Alcohol, by Province, Canada, 1970-1980.

3. Per Capita Consumption of Beer by Province, Canada, 1970-1980.

4. Per Capita Consumption of Spirits by Province, Canada, 1970-1980.

5. Per Capita Consumption of Wine by Province, Canada, 1970-1980.

6. Percentage of the Population Who Are Current Drinkers and Consumers of Fourteen or More Drinks per Week, by Sex, Canada and Regions, 1978-79.

7. Alcohol-Related Problems: for the Drinker, the Drinker's Family and the Community.

8. Estimated Alcohol-Related Deaths, Canada, 1980.

9. Alcohol-Related Death Rates for Two-Year Period, for 100,000 Population, Canada 1979-1980.

10. Male to Female Ratios for Alcohol-Related Death Rates, for Two-Year Period, by Province, 1979-1980.

11. Mortality from Cirrhosis of the Liver, by Age and Sex, Canada, 1970-80.

12. Estimated Number of Alcoholics (Based on Jellinek Formula), Canada, 1965-1980.

13. Percentage Distribution of Admissions by Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82.

LIST OF CHARTS (CONT.)

14. Percentage Distribution of Admissions by Age, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82.

15. Percentage Distribution of Admissions by Employment Status, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981-82.

16. Percentage Distribution of Admissions by Length of Treatment, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981-82.

17. Separations, Alcohol Disorders by Type of Facility, Canada, 1972-1980/81.

18. General Hospitals Separations, Alcohol Disorders, by Province, Canada, 1972, 1976 and 1980/81.

19. Mental Hospitals, Separations, Alcohol Disorders by Province, Canada Mental Hospitals, 1972, 1976 and 1980/81.

20. Separations, Alcohol Disorders by Type of Facility and Length of Stay, Canada, 1972, 1976 and 1980/81.

21. Mental Hospitals, Total Admissions, Alcohol Disorders, by Province and Type of Admission, Percentage Distribution, Canada, 1976-1978.

PREFACE

Alcohol is a complex and difficult issue in our society. On the one hand, it brings pleasure and employment to many Canadians and revenue to their governments. On the other, its use can create serious health, emotional, and social problems.

The ubiquitous nature of this issue makes it necessary to examine alcohol use and its consequences carefully in order to develop appropriate responses at all levels: local, regional, and national. This report provides quantitative information to demonstrate the scope and nature of alcohol problems. This type of information is valuable to policy makers and professionals in health and related fields in making decisions about the prevention and treatment of alcohol-related problems. We believe that it will contribute to our awareness of alcohol problems and point to areas where effective action may be possible.

The Federal-Provincial Subcommittee on Alcohol and Other Drug Problems first dealt with the issue of alcohol statistics with the establishment of the Task Force on Alcohol Statistics in 1976. The Task Force released its report in 1978. This was followed by the establishment of the Expert Committee on Alcohol Statistics, which undertook a number of initiatives, including the release of the Special Report on Alcohol Statistics (1981).

A Working Group on Alcohol Statistics was subsequently created in 1982 by Health and Welfare Canada and was given the task of preparing the present document.

The present report is an update of the Special Report and as such, represents a continuation of what is hoped will be an ongoing quest for better information on which to base policy and program decisions. In addition, it represents an improvement over the earlier report in that it attempts to interpret the statistics that are presented and to discuss policy and program issues in the alcohol field in Canada.

The report also represents a significant advance in cooperation among the various parties working in the field of alcohol. As can be seen from the list of members of the working group, many different interests and perspectives were represented, including those from federal departments, provincial agencies, and universities in Canada. The working group included people from all regions of Canada with a variety of backgrounds from the social sciences to medicine to policy making.

ACKNOWLEDGEMENTS

This report was prepared by a Working Group on Alcohol Statistics. We also would like to thank the members of the Federal/Provincial Subcommittee on Alcohol and Other Drug Problems for their constructive comments on this report.

We are grateful to Lina Calamo-Rinaldi for her editorial assistance, and to Guy Chantigny and Renée Saumure for the graphic presentations. Special thanks are due to Claire Pelletier, Eilleen Wanke, Françoise Ladoùceur, Prem Khosla, Bill Bradley and the Laboratory Centre for Disease Control for statistical computational assistance; Janet Clarke and Lise Latulippe for their secretarial support; Rita Lavictoire for word processing; Thérèse Sarault, Liliane Dombrowski and Ginette Nadeau for translation; Jim Turner for the report design; and finally, Leslie Flynn for production coordination.

We also acknowledge the Addiction Research Foundation of Ontario, Carleton University, Dalhousie University, Laval University, the Saskatchewan Alcoholism Commission, the Saskatchewan Department of Health and Statistics Canada for providing the necessary time and resources for their staff to participate in this project. We would especially like to thank the Addiction Research Foundation for having made available pre-publication statistics from their annual report for the preparation of this document.

WORKING GROUP

The following are the members of the working group that prepared this report:

Dr. Florence Andrews
Associate Professor of Sociology
Carleton University
Ottawa, Ontario

Ms. Manuella Adrian
Head
Statistical Information Unit
Addiction Research Foundation
Toronto, Ontario

Dr. Carl D'Arcy
Senior Research Officer
Saskatchewan Health
University of Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Dr. Norman Giesbrecht
Scientist
Addiction Research Foundation
Toronto, Ontario

Mr. Brian Kearns
Executive Director
Saskatchewan Alcoholism Commission
Regina, Saskatchewan

Dr. Neville Layne
Biostatistician
Health Promotion Directorate
National Health and Welfare
Ottawa, Ontario

Dr. S. Radouco-Thomas
Chef de l'unité R.A.D.A.
Faculté de Médecine
Université de Laval
Ste.-Foy, Québec

Mr. John Reid
Acting Director of Research
Saskatchewan Alcoholism Commission
Regina, Saskatchewan

Dr. Alex Richman
Professor of Psychiatry and
Preventive Medicine
Faculty of Medicine
Dalhousie University
Halifax, Nova Scotia

Mr. Rod Riley
Program Manager
Mental Health Program
Health Division
Statistics Canada
Ottawa, Ontario

Dr. Irving Rootman
Chief, Health Promotion
Studies
Health Promotion Directorate
National Health and Welfare
Ottawa, Ontario

Chapter I

INTRODUCTION: ALCOHOL IN CANADA

1.1 Purpose of this Report

Alcohol use has become an integral part of the social fabric of our society in the years since Prohibition and particularly since the Second World War. Over time, alcohol has gradually become both more accessible and more socially acceptable. Few if any general taboos remain. In short, the use of alcohol has been "normalized" in Canada.

There is, however, growing recognition both nationally and internationally that the use of alcohol is a serious social and health problem. The increasing production and consumption of alcohol over the last 30 years has created a dilemma for governments at every level. While liquor revenues are not insignificant, they represent a decreasing proportion of tax revenues. At the same time, the alcohol industry is an important element in the economy of each jurisdiction as a major job creator, as a consumer of raw goods and services, and as a source of revenue for related industries such as advertising, hospitality and tourism.

For example, during 1979 and 80, liquor tax revenues in Canada amounted to $2.2 billion, of which $.7 billion went to the federal government and $1.5 billion went to provincial governments. In the same year, Canadian breweries, distilleries, and wineries employed 19 000 workers whose wages and salaries amounted to $390 million. In the production and transportation of alcoholic beverages, the producers purchased $680 million worth of materials, supplies, fuel and electricity. The accommodations industry, which employed approximately 172 000 workers, took in $4 billion in receipts and of this, $1.2 billion or approximately 29 per cent was

derived from the sale of alcoholic beverages. These figures underscore the extent of economic activity that the alcohol industry generates in this country.

But these economic benefits must be weighed against substantial costs of alcohol-related problems. Approximately one in every ten deaths and half of all traffic fatalities are related directly or indirectly to alcohol. Almost ten per cent of those who drink experience some form of alcohol-related problem within the space of a year -- whether in relation to their families, their health, the safety of self and others, the law, or their performance at work or school. And these problems correlate with levels of alcohol consumption: the higher the rate of consumption, the higher the risk of problems.

Clearly, the use of alcohol is having serious social, health, and economic consequences. Today, in an endeavour to reduce the alarming costs of alcohol, governments are faced with the difficult task of balancing the various economic and health interests of society. This task is made particularly difficult in light of general popular acceptance of the use of alcohol.

1.2 Scope of this Report

The main body of this report covers three major aspects of alcohol: consumption, problems, and treatment programs. A summary of these findings is given in Chapter II.

The data on consumption shows recent trends in beer, spirits, and wine drinking both nationally and provincially, noting Canada's international rating. The effect of alcohol on mortality across the country and on such problems as health, family relations, trouble with the law, and performance at work or school is examined in detail. Then, various alcohol treatment services and programs are discussed in terms of client age, sex, employment status and length of stay.

The final part of the report discusses the implications for both the planning of prevention and treatment programs and future research. An analysis of alcohol policy development in Canada is presented along with suggestions for action at the community level.

Chapter II

SUMMARY OF FINDINGS

2.1 This chapter reviews the key findings presented in the three following chapters. It does so in relation to consumption, problems and treatment respectively.

2.2 Consumption

Of 35 industrialized countries, Canada appears to be in the middle range for per capita consumption of absolute alcohol (sixteenth). With respect to spirits and beer however, we rank quite high (fourth and eleventh respectively). Even though we are not heavy consumers of wine (28th), our wine consumption increased between 1975 and 1980. Our spirits and beer consumption, on the other hand, declined slightly.

Following the increase in the rate of consumption between 1970 and 1978, there was a stabilization in the last three years of the decade. There were however, differences between specific provinces and territories: some experienced increases, others decreases, and still others little or no change. Nevertheless, more provinces and territories registered an increase in the average rate of consumption between 1975 and 1980 than a decrease. Furthermore, provinces and territories with the highest per capita rates of consumption were also most likely to have had an increase in the rate of consumption.

Half of all absolute alcohol consumed in Canada in 1980 was in the form of beer, 37 per cent in the form of distilled spirits and 13 per cent in wine. Although overall beer consumption decreased by 4 per cent between 1975 and 1980, increases were evident in four provinces. Similarly, increases in spirits consumption were noted in four provinces in spite of an overall decrease in Canada of 2

per cent. There was a 27 per cent increase in wine consumption in Canada during this period, with increases evident in eight jurisdictions. However, since wine consumption represents only a small part of the overall consumption of alcoholic beverages in Canada, even large increases in wine consumption will not contribute much to overall changes.

On the basis of the 1978-79 Canada Health Survey, about two-thirds of adult Canadians were classed as current drinkers, that is, those drinking alcoholic beverages at least once a month. Only 12 per cent claimed they had never drunk alcoholic beverages, and 4 per cent said they used to drink but had not done so in the past year. For all age groups, men were more likely than women to report that they drank and drank frequently, although the difference between the sexes was smallest in the youngest age categories and increased steadily with age. There was also some evidence from the survey that young people were starting to drink sooner than those who preceded them. The proportion of current drinkers, however, was lowest in the youngest and oldest age groups and highest among young adults aged 20 to 24. There was a sharp increase in the proportions of current and frequent drinkers between the group in their late teens and those in their twenties, with 12 per cent of males and 3 per cent of females between 20 and 29 reporting daily drinking. The over-65 group had the greatest proportion of abstainers, but a substantial proportion of men in that age group reported that they drank daily (21 per cent).

The proportion of current drinkers increased steadily from east to west, but the differences between the regions appeared to stem from the differences in the proportion of female drinkers, a higher proportion being in the western regions.

Differences in drinking patterns were associated with marital status, family income, and employment status. Among males, those

who were single were most likely to be current drinkers (89 per cent) whereas among females, divorced women were most likely to be current drinkers (66 per cent). There was a much higher proportion of current drinkers among widowers (74 per cent) than among widows (33 per cent). The proportion of current drinkers increased with income and occupational status. Among males, the unemployed appeared to have the lowest proportion of alcohol users (71 per cent), whereas among females, the lowest proportion was reported by blue-collar workers (51 per cent). Unemployed women also had a low proportion of current drinkers (56 per cent). Unemployed men and women were also underrepresented among frequent drinkers.

2.3 Problems

It was estimated that alcohol was directly implicated in more than 2000 deaths in 1980 and indirectly involved in more than 5500. An additional 10 310 deaths were thought to be associated with alcohol, bringing the overall estimate to almost 18 000 alcohol-related fatalities in 1980, or about one in every ten deaths in that year. The national rate for direct alcohol-related deaths from 1979 to 1980 was 14.4 per 100 000 population. This rate was exceeded in four jurisdictions.

The alcohol-related death rate for males was two and one-half times that for females from 1979 to 1980 which represents no change from the period 1975 to 1978. In provinces with higher per capita consumption rates, the ratio between male and female alcohol-related deaths was relatively smaller than in other provinces.

From 1975 to 1980, the mortality rate for cirrhosis of the liver declined for both males and females, especially in the 25 to 54 year-old age group. Declines occurred in 9 out of

12 jurisdictions. These declines were consistent with the evidence of stabilization in per capita alcohol consumption over this period. On the basis of deaths from cirrhosis, it was estimated that there were about 600 000 alcohol-dependent persons in Canada in 1980, representing about five per cent of current drinkers. Higher rates of cirrhosis deaths were more likely to occur in the richer more industrialized provinces.

Almost 2700 road fatalities in 1980 were estimated to involve alcohol. The highest alcohol-involved road fatality rate was among 15 to 24 year olds for both males and females, although the male rate was about five times the rate for females.

In the Canada Health Survey, almost 10 per cent of classified current drinkers reported experiencing at least one problem associated with drinking in the year previous to the survey. Male drinkers were about twice as likely as females to report such problems. The most frequently reported type of problem among both male and female drinkers was "tension or disagreement with family or friends" (8 per cent of males and 4 per cent of females). Health problems were the second most frequently reported type of problem (among 3 per cent of male and 2 per cent of female current drinkers), followed in turn by difficulty with driving, injury to self or someone else, trouble with the law, and trouble with work or school.

Current drinkers in the 15 to 24 age group were more likely than older persons to report drinking-related problems. Single drinkers were also more likely than married drinkers to report problems, although this could be due to their younger ages. It was noted that current drinkers who were separated had notably high proportions of drinking problems.

Lower income drinkers, particularly males, were more likely than those with higher incomes to report alcohol problems.

Unemployed drinkers also reported higher rates of drinking associated problems than those who were employed. Among male drinkers, blue collar groups reported higher rates of drinking problems than white collar groups. Current drinkers who held managerial or professional jobs were least likely to report problems. These findings are consistent with repeated evidence that they are less likely to report drinking problems than lower status and income groups.

Jurisdictions with high alcohol consumption also tended to have high alcohol-related mortality - a finding consistent with the international literature on the topic. Provinces with high alcohol consumption were also more likely to have high levels of driving-while-impaired offences and high rates of liver cirrhosis morbidity.

2.4 Treatment

Treatment for alcohol-related problems in Canada takes place in a variety of settings, both formal and informal, specialized and non-specialized. Unfortunately, data are not available from all of these types of settings. Thus, the report presents reasonably complete statistics for general hospitals and mental hospitals from 1973 to 1981, but only partial data for specialized centres under the jurisdiction of provincial alcohol commissions and foundations in five provinces for 1981/1982. No data from informal treatment settings were available.

During the 1970's there was an overall increase in alcohol-related separations from general hospitals, but a decrease from mental hospitals. This trend occurred in all but one province. For all of the years examined, there were at least three times as many alcohol-related separations from general hospitals than from mental hospitals, and the ratio increased over the time period.

A large increase in the number of general and mental hospital separations among females for alcohol-related disorders was evident between 1972 and 1981, although males were still four times as likely as females to appear in such facilities for alcohol-related disorders. The average age of separations over the decade was fairly stable.

Over the last half of the 1970's, involuntary admission to institutions for alcohol-related disorders decreased in most provinces. Nevertheless, in a few provinces there were more involuntary than voluntary admissions for alcohol disorders. The most common procedure for involuntary admissions was commitment (i.e., compulsory hospitalization under provincial mental health acts).

In the 1970's there was a general increase in separations from general hospitals for cirrhosis of the liver, with the increase being somewhat larger for females than for males. The average length of stay for cirrhosis separations declined slightly over the time period. The majority (60 per cent) were between the ages of 45 and 64. A survey of less than half of the specialized residential care facilities for alcohol/drug addiction in Canada, carried out between 1980 and 1981, found that there were more than 30 000 separations from such facilities for that time period.

Current data from specialized treatment programs, in the five provinces that reported in 1981-82, indicated that males outnumbered females in such programs by a ratio of 2.5:1. The concentration of males was most pronounced in the longer stay residential programs, with the highest proportion of female clients in outpatient programs.

Clients in specialized treatment programs tended to be in the 35 to 49 age range, followed closely by those aged 20 to 34. Day-patient and outpatient programs, however, tended to have younger clients than the other types of specialized programs, and

detoxication and long-term residential programs were most likely to have clients in the oldest age group (50 and over). There was little difference between the ages of males and females in day-patient and outpatient programs.

Younger females were more evident than younger males in inpatient programs, especially detoxication.

Clients of specialized treatment programs tended to be unemployed, particularly in the long-term residential and detoxication programs; this was more likely to be the case among males than females.

The majority of clients in detoxication programs left within four days, whereas more than half of the clients of short-term residential programs stayed for more than 16 days; males were more likely to stay longer than females. In day-patient programs, about four-fifths of the clients stayed from 16 to 30 days, and in longer term residential programs, the largest group (44 per cent) stayed between 31 and 90 days.

Chapter III

ALCOHOL CONSUMPTION

3.1 Introduction

This chapter presents estimates of alcohol consumption patterns of Canadians from sales records of alcoholic beverages and from the results of data from the Canada Health Survey. Estimates from sales data concern average per capita consumption of alcoholic beverages for Canada, the provinces and territories, and for beverage types. The data based upon the survey results are used to examine variations in alcohol use according to selected demographic characteristics.

3.2 International Comparisons

According to international statistics, Canada ranked sixteenth out of 35 selected countries in annual consumption of absolute alcohol per capita in 1980 (Table 1). This amounted to an average consumption of 9.1 litres of absolute alcohol per Canadian or 11.27 litres for the population aged 15 and over. In terms of the type of alcohol consumed, Canada ranked sixth for spirits consumption, twelfth for beer, and twenty-eighth for wine.

3.3 Recent Trends

Estimates from sales data suggest that the average annual consumption in 1980 of 11.27 litres of absolute alcohol per Canadian, aged 15 and over, represented an increase of 0.13 litres or approximately 1 per cent over the average consumption reported for 1975 (11.14 litres). This compares with an increase of 3.15 litres or about 33 per cent from 1970 to 1975.

These comparisons indicate that recent years have witnessed an apparent slowing down in the rate of increase in per capita consumption (Chart 1).

While consumption also appears to have stabilized from 1978 to 1980 for Canada as a whole, it is too early to tell whether this represents a significant ongoing change, or merely a temporary alteration in a general trend of increasing consumption.

Table 1. Per Capita Alcohol Consumption in Various Countries, 1980.

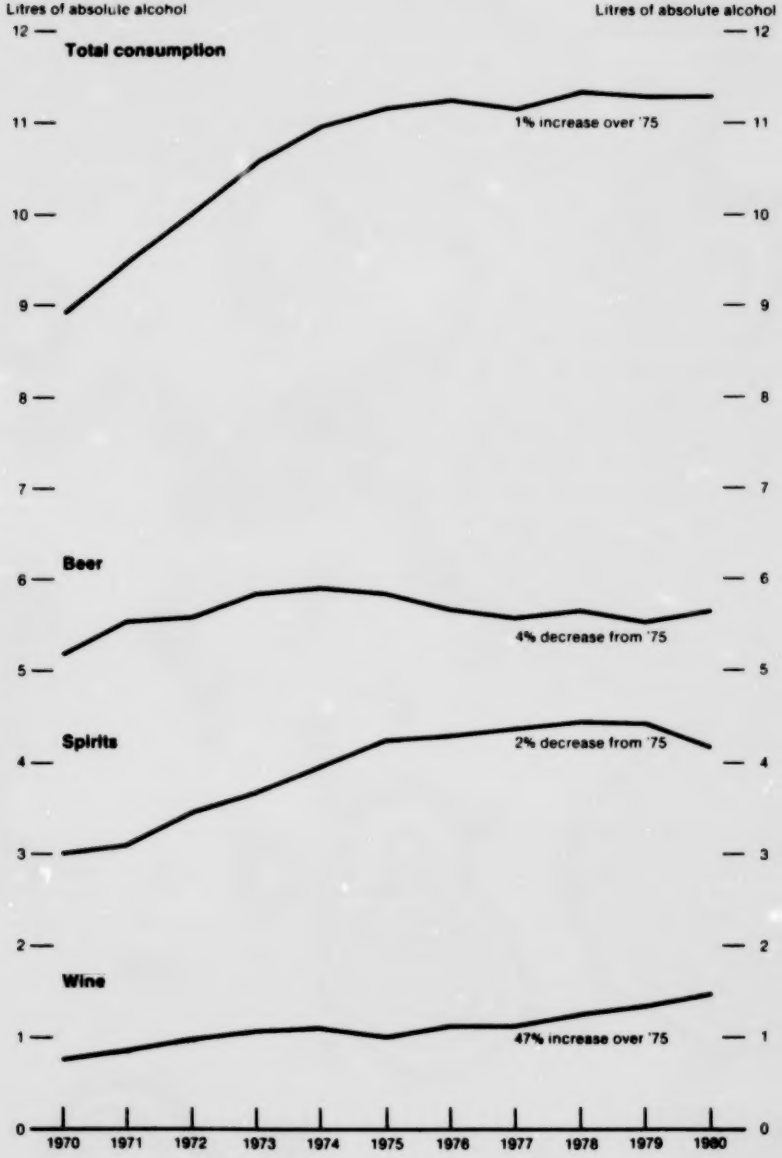
Position	Total	Spirits	Wines	Beer
	- litres of 100 per cent alcohol per inhabitant -			
1. France	14.8	2.5	95.4	44.3
2. Spain	14.1	3.0	64.7	53.4
3. Italy	13.0	1.9	93.0	16.7
4. West Germany	12.7	3.1	25.6	145.7
5. Hungary	11.5	4.5	35.0	86.3
6. Argentina	11.4	2.0	75.0	7.7
7. Austria	11.0	1.6	35.8	101.9
8. Portugal	11.0	0.9	70.0	33.8
9. Belguim	10.8	2.4	20.6	131.3
10. Switzerland	10.5	2.1	47.4	69.0
11. Australia	9.8	1.0	17.4	134.3
12. East Germany	9.7	4.5	9.5	135.0
13. New Zealand	9.7	2.5	11.0	118.0
14. Czeckoslovakia	9.6	3.5	15.5	137.8
15. Denmark	9.2	1.5	14.0	121.5
16. Canada	9.1	3.4	8.5	87.6
17. Netherlands	8.8	2.7	12.9	86.4
18. Poland	8.7	6.0	10.1	30.4
19. U.S.A.	8.7	3.1	7.9	92.0
20. Romania	7.9	2.3	28.9	43.0
21. Bulgaria	7.5	2.0	22.0	57.7
22. Ireland	7.5	2.0	4.5	121.8
23. Yugoslavia	7.4	2.0	27.3	44.2
24. U.K.	7.1	1.8	7.2	117.1
25. Greece	6.7	-	44.9	26.4
26. Finland	6.4	2.8	8.2	57.4
27. Chile	6.2	-	45.0	15.0
28. U.S.S.R.	6.2	3.3	14.4	23.1
29. Sweden	5.7	2.8	9.5	34.1
30. Japan	5.4[1]	3.9[1]	0.6	37.8
31. Cyprus	4.8	2.0	9.8	32.4
32. Norway	4.6	1.9	4.4	48.3
33. Uruguay	4.5	-	25.0	30.0
34. Iceland	3.9	2.3	5.5	16.0
35. South Africa	3.8	1.3	8.8	28.6

[1] Includes 15 per cent saké

Source: Report 82 The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (Stockholm 1982).

Chart — 1

Per Capita Consumption of Absolute Alcohol, by Type of Beverage, Canada, 1970-1980



3.3.1 General Consumption between 1975 and 1980 by Province and Territory

The four highest alcohol-consuming regions in Canada according to sales records were the Yukon, Alberta, Northwest Territories, and British Columbia (Chart 2). The Yukon and Alberta showed the highest increases (6 and 12 per cent respectively) between 1975 and 1980, and British Columbia reported a small increase of 2 per cent during the same period. A large decrease in consumption (9 per cent) was reported by the Northwest Territories.

Ontario, Newfoundland, Manitoba, and Prince Edward Island ranked in the middle range for per capita consumption of alcohol. Consumption for Ontario remained stable in recent years, while Newfoundland and Prince Edward Island increased by 4 per cent from 1975 to 1980. Manitoba reported a decrease of 3 per cent for the same period.

Nova Scotia, Saskatchewan, Quebec, and New Brunswick had the lowest per capita consumption. Nova Scotia and New Brunswick increased consumption by 7 and 4 per cent respectively over the five-year period, while Saskatchewan and Quebec decreased by 3 and 4 per cent.

Overall, seven provinces and territories increased average per capita alcohol consumption from 1975 to 1980; one remained stable; and four decreased consumption. The provinces and territories with the highest consumption rates also had the greatest tendency to increase these rates.

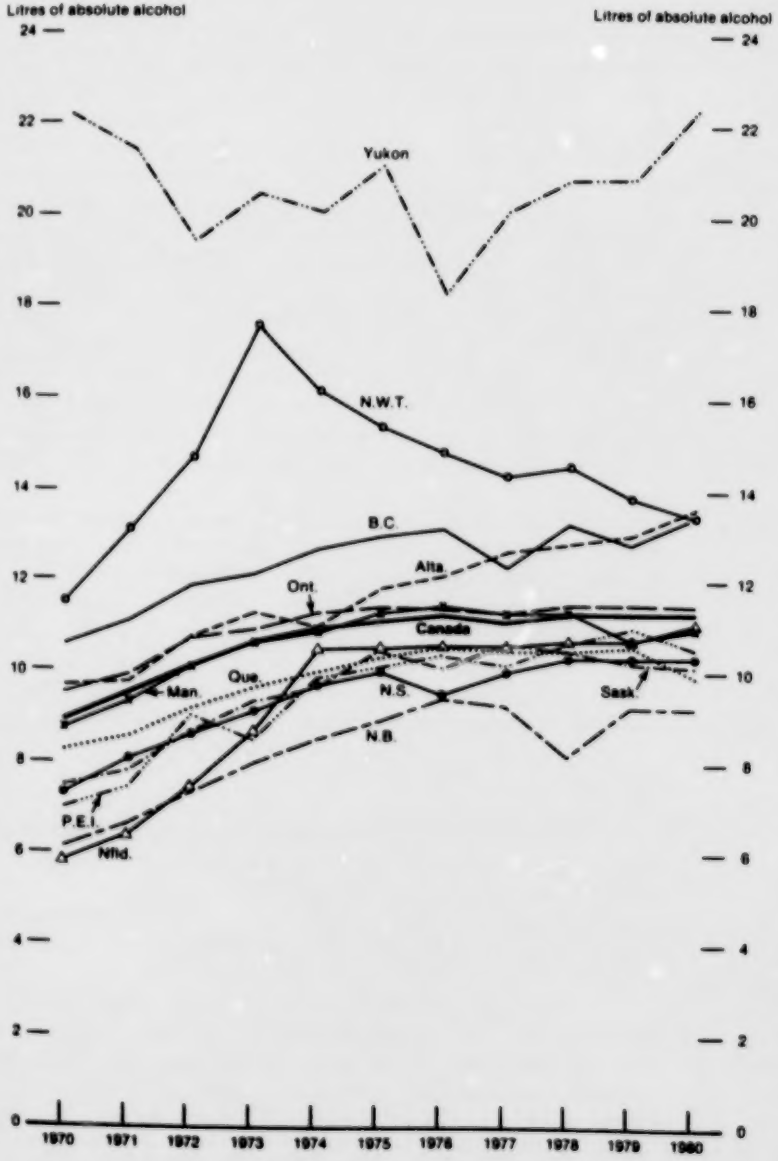
3.3.2. Consumption of Beer, Spirits, and Wine: General Trends

According to 1980 sales data, Canadians consumed the highest proportion of absolute alcohol through beer. Beer constituted 50 per cent of all alcohol consumed; spirits, 37 per cent and wine 13 per cent.

Between 1975 and 1980, alcohol consumption through beer and spirits declined by 4 and 2 per cent respectively. In the same period, per capita consumption of absolute alcohol through wine increased by 47 per cent, but the size of the percentage increase must be evaluated in the light of the very small base.

Chart – 2

Per Capita Consumption of Absolute Alcohol, by Province, Canada, 1970-1980



3.3.3 Consumption of Beer, Spirits, and Wine by Province and Territory, 1975 to 1980.

Beer

According to 1980 sales data, the top four beer-consuming provinces and territories were the Yukon, Newfoundland, Quebec, and British Columbia (Chart 3). Between 1975 and 1980, alcohol consumption through beer increased by 4 per cent in Newfoundland, remained stable in the Yukon and British Columbia, and fell by 5 per cent in Quebec.

The middle-ranked beer-consuming provinces and territories are Ontario, Alberta, the Northwest Territories, and New Brunswick. Alcohol consumption through beer increased between 1975 and 1980 in New Brunswick and Alberta by 7 and 3 per cent respectively, and decreased in Ontario and the Northwest Territories by 5 and 17 per cent.

The lowest beer-consuming provinces were Manitoba, Prince Edward Island, Nova Scotia, and Saskatchewan. Between 1975 and 1980, alcohol consumption through beer increased in Prince Edward Island by 12 per cent and decreased in Manitoba by 7 per cent. In Nova Scotia and Saskatchewan there was no change in average beer consumption.

Spirits

Beverage alcohol sales data indicate that the provinces and territories with the highest amount of absolute alcohol consumed through spirits were the Yukon, the Northwest Territories, Alberta and British Columbia (Chart 4).

Alberta showed a large increase of 20 per cent in alcohol consumption through spirits between 1975 and 1980; the Yukon and British Columbia remained stable; and the Northwest Territories decreased its consumption.

Chart — 3

Per Capita Consumption of Beer by Province, Canada, 1970-1980

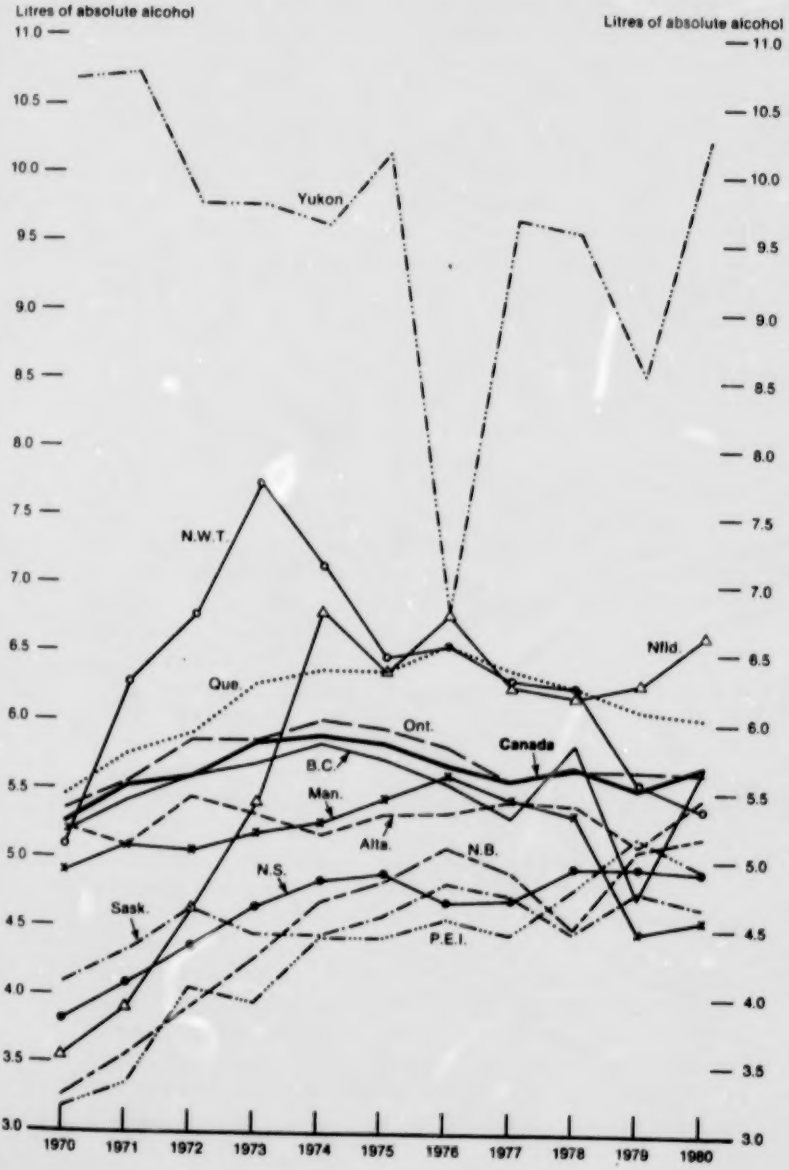
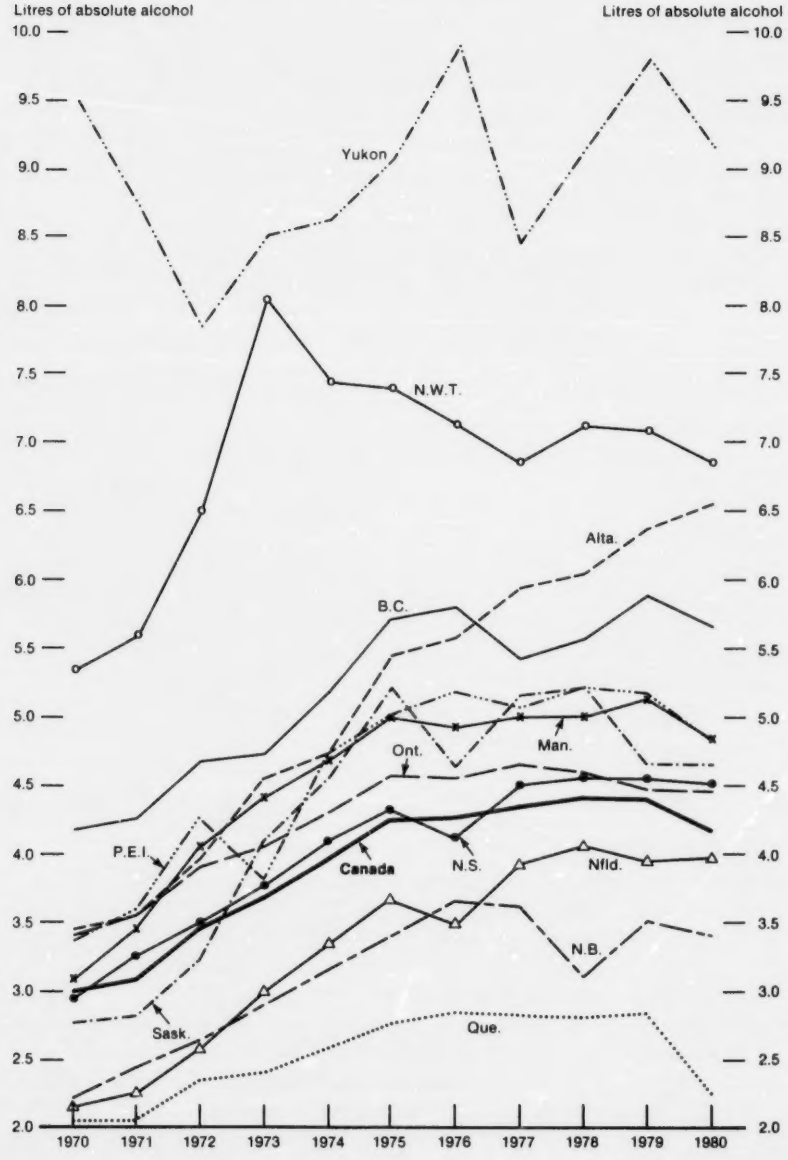


Chart — 4

Per Capita Consumption of Spirits by Province, Canada, 1970-1980



Manitoba, Prince Edward Island, Saskatchewan, and Nova Scotia fell in the middle range for alcohol consumption through spirits. Nova Scotia showed an increase of 4 per cent over the 1975 to 1980 time period. Manitoba decreased its consumption through spirits by 3 per cent; Prince Edward Island, by 4 per cent; and Saskatchewan, by 11 per cent.

Ontario, Quebec, Newfoundland, and New Brunswick had the lowest consumption of alcohol through spirits between 1975 and 1980. New Brunswick and Newfoundland increased consumption by 10 and 8 per cent respectively, and Ontario and Quebec decreased their consumption by 2 and 18 per cent.

Wine

The Yukon, British Columbia, Alberta, and Quebec had the highest alcohol consumption through wine (Chart 5). These four areas also showed the highest increase in wine consumption between 1975 and 1980: the Yukon, by 53 per cent; British Columbia, by 38 per cent; Alberta, by 55 per cent; and Quebec, by 40 per cent.

The middle-ranked provinces and territories for alcohol consumption through wine were Ontario, Manitoba, Saskatchewan, and the Northwest Territories. Ontario, Manitoba, and Saskatchewan increased consumption by 34, 20, and 35 per cent respectively, while the Northwest Territories showed no change between 1975 and 1980.

The four lowest-ranking provinces in terms of wine consumption were Prince Edward Island, New Brunswick, Nova Scotia, and Newfoundland. Prince Edward Island increased its consumption of wine by 14 per cent between 1975 and 1980; New Brunswick decreased its consumption by 10 per cent and Nova Scotia and Newfoundland reported no change.

Although there was a general tendency toward increased wine consumption in the majority of the provinces and territories, increased wine use alone only accounted for an overall increase in the consumption of absolute alcohol in the Yukon and British Columbia.

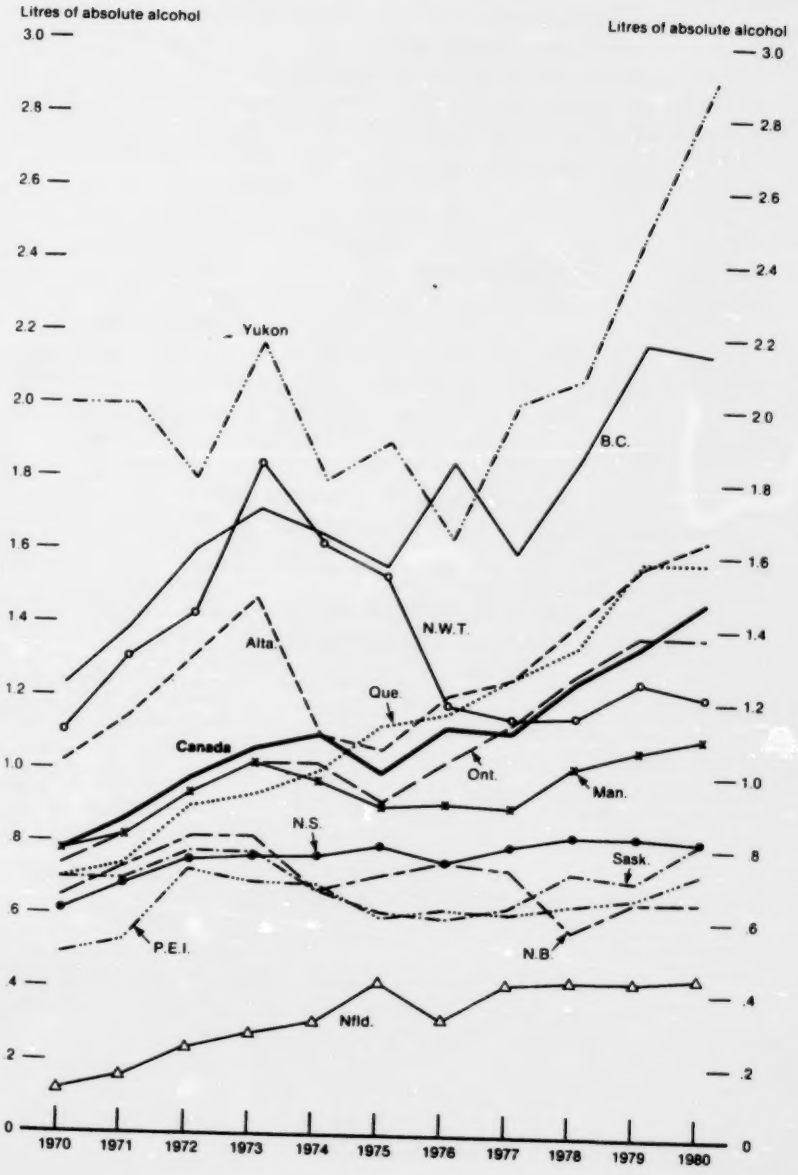
Summary

Alberta increased its use of all three beverage types; Newfoundland increased its beer and spirits consumption; Prince Edward Island, its beer and wine consumption; and New Brunswick, its consumption of beer.

Thus, a comparison of the overall increase or decrease in total alcohol consumption in Canada shows many variations among the provinces in the types of alcoholic beverages consumed.

Chart — 5

Per Capita Consumption of Wine by Province, Canada, 1970-1980



3.4 Drinking in Canada: Results of the Canada Health Survey

A survey conducted jointly by Health and Welfare Canada and Statistics Canada provided information on the numbers and types of drinkers in Canada.*

According to the data in this survey, types of drinkers in the Canadian population 15 years of age and over were classified as follows (Table 2):

TABLE 2 DISTRIBUTION OF TYPES OF DRINKERS, CANADA, 1978/79

Type of Drinker	Per cent Distribution
Never drank	12
Former drinker (used to drink alcohol but has had none in the last 12 months)	4
Occasional drinker (drinks alcohol less than once a months, but has had alcoholic beverages within the last 12 months	15
Current drinker (drinks alcoholic beverages at least once a month)	65
Type of drinker unknown	4
TOTAL	100

Source: Health of Canadians, 1981 p. 23

* The Canada Health Survey obtained its information through a self-administered questionnaire completed by persons 15 years of age and older during 1978/79. The response rate to the alcohol section of the survey was 84 per cent, comprising over 17 000 sample members.

3.4.1 Patterns of Consumption by Age and Sex

The proportion of total abstainers in the Canadian population was 16 per cent, comprising 11.2 per cent of the males and 19.1 per cent of the females.

These estimates of total abstainer rates are one-third lower than those reported in the previous Special Report on Alcohol Statistics (1981), which reported a 24.8 per cent abstainer rate, consisting of 19.4 per cent of the male and 28.5 per cent of the female population. These differences in results, however, may be due as much to methodological differences as to decreases in the proportions of abstainers from 1976 to 1979.

The rate for current drinkers -- those who drink alcohol at least once a month, was 65 per cent; 75 percent of the male population and 57 per cent of the female population. There was substantial variation by age and sex, as shown in Table 3.

TABLE 3 CURRENT DRINKERS BY AGE AND SEX, CANADA, 1978/79

AGE	SEX	
	MALE	FEMALE
15-19	60.7	52.1
20-24	87.2	71.1
25-44	81.3	63.9
45-64	76.5	29.3
65+	53.9	29.3

The rates for current drinkers were lowest in the youngest and oldest age groups and highest among young adults aged 20 to 24. It is interesting to note that the difference in the male to female ratio was lowest in the youngest age category and increased steadily with age.

3.4.2 Regional Features

The estimated proportion of current drinkers increased steadily from east to west, comprising 55 per cent of the residents of the Atlantic provinces and 73 per cent of British Columbians. Between the regions, rates for women varied far more than did the rates for men (22% compared to 14 per cent), and it was the difference in female rates that accounted for most of the regional variations (Chart 6). Rates for occasional drinkers, (those who drank less than once a month) were highest in Quebec (18.5 per cent) and lowest in British Columbia (10.5 per cent).

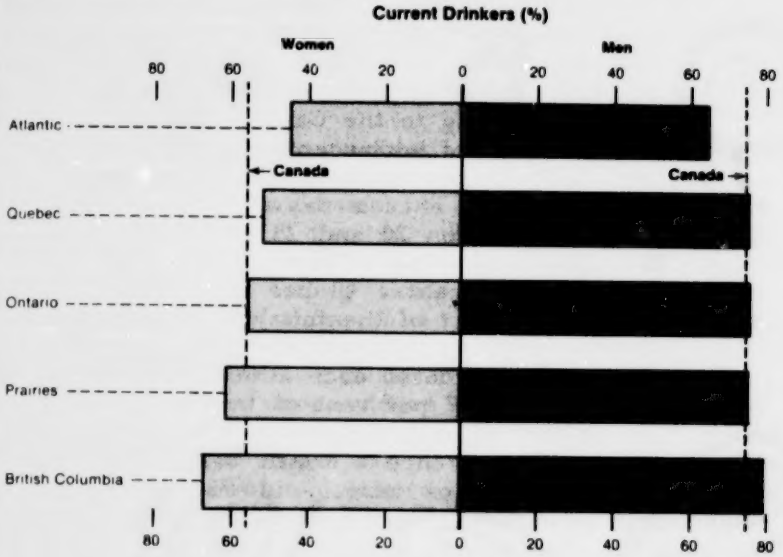
3.4.3 Further Details on Frequency

(a) General

Among those drinking every day, males outnumbered females 4 to 1 (16 per cent for males and 4 per cent for females). Sixty per cent of the male-drinking population used alcoholic beverages at least once a week, compared to 32 per cent of the females. Among those who used alcoholic beverages at least once a month, 88 per cent were males and 77 per cent were females.

Chart — 6

Percentage of the Population Who Are Current Drinkers and Consumers of Fourteen or More Drinks Per Week, by Sex, Canada and Regions, 1978-79



(b) Adolescents and Young People by Age and Sex

There was a notable difference in the proportions of current drinkers between the adolescent (15 to 19) and young adult (20 to 29) age categories from 57 to 77 per cent.

According to the Canada Health Survey, two per cent of adolescents (3 per cent male; less than 1 per cent female) were found to drink at least once a day. Twelve per cent of males between 20 and 29 and 3 per cent of females drank every day. Thirty-four per cent of adolescents, 40 per cent of the males and 27 per cent of the females, drank at least once a week. Of the young adults, 53 per cent drank at least once a week, 69 per cent of males and 37 per cent of females.

The overall rate for adolescents who drank at least once a month was 76 per cent; 79 per cent of males and 73 per cent of females. Ninety per cent of the 20 to 29 age group drank at least once a month, including 92 per cent of males and 87 per cent of females.

There is evidence that drinkers are now beginning to use alcohol at an earlier age. For adolescents aged 15 to 19, the median age for the onset of drinking was reported to be between 14 and 15 years of age. For young adults aged 20 to 24, the median age was 16 to 17 years of age. For older adults aged 25 to 44, the median age was 18.

(c) Senior Citizens

Among those over 65, the proportion of non-drinkers was 32 per cent, including 24 per cent of males and 38 per cent of females.

The proportion of male senior citizens drinking every day was 21 per cent, which is substantially higher than the national average for males of 16 per cent. The proportion of female daily drinkers was at the national average of 4 per cent.

Forty-two per cent of the males and 15 per cent of the females drank at least once a week.

3.4.4 Drinking and Sociodemographic Characteristics

(a) Marital Status

Among current drinkers, single males had a higher proportion of alcohol users than did married males (89 per cent single versus 75 per cent married) (Table 4).

For females, the proportion of current drinkers among those who were single was equal to those who were married (58 per cent).

While similar proportions of current drinkers were evident among divorced persons of both sexes (69 per cent male, 66 per cent female), there was a much higher proportion of current drinkers among widowers than among widows (74 compared to 33 per cent).

There were high proportions of alcohol users among separated people of both sexes (86 per cent male, 59 per cent female).

(b) Family Income

Among males, the proportion of current drinkers in higher income levels exceeded those of the lower income groups (Table 4). The current drinker rate for higher income males was 84 per cent and for lower income males 64 per cent.

The differences were even greater among females between the income levels: the current drinker rate was 72 per cent for high income females and 42 per cent for low income females.

Within income categories, the largest difference in the proportions of users between the sexes was in the lowest income groups.

(c) Employment Status

For both sexes, professional and managerial groups had the highest proportion of alcohol users (86 per cent males, 72 per cent females) as well as the highest proportion of "frequent users", or those who drank 4 to 7 days during the week prior to the survey (Table 4).

Among males, the unemployed had the lowest proportion of alcohol users (71 per cent) and among females, blue collar workers had the lowest proportion of users (51 per cent).

Among frequent drinkers, unemployed males and females had the lowest representation. Differences in the proportions of males and females who were users and frequent drinkers were greatest among blue collar workers.

TABLE 4

CURRENT DRINKERS BY MARITAL STATUS, FAMILY INCOME, AND EMPLOYMENT STATUS, CANADA, 1978/79

Marital Status	Sex		Total
	Male	Female	
Single, Never Married	89.4	58.1	65.6
Married	75.2	58.0	67.8
Widowed	77.4	33.9	39.2
Divorced	69.4	65.6	62.6
Separated	86.4	58.9	70.6
Family Income			
First Quintile	64.1	41.5	51.3
Second Quintile	70.9	50.5	60.1
Third Quintile	71.8	54.0	62.9
Fourth Quintile	78.8	58.2	68.4
Fifth Quintile	84.4	71.7	78.5
Employment Status			
Managerial/Professional	85.9	72.1	80.4
Other White Collar	80.4	68.4	73.7
Blue Collar	78.1	51.2	74.9
Unemployed	71.1	55.5	62.5

Chapter IV

ALCOHOL-RELATED PROBLEMS

4.1 Introduction

Alcohol-related problems refer to a wide range of adverse physical and social consequences that are likely to be incurred when drinking becomes a threat to individual or social well-being. As may be seen in Chart 7, these problems have repercussions for a number of groups -- the drinker, the drinker's family, and, last but not least, the general community.

There is growing recognition that excessive drinking presents a major risk to the health and well-being of Canadians, and the relationship between increased per capita alcohol consumption and the likelihood of alcohol-related problems is becoming increasingly well established. International data for approximately 80 countries in the period 1973 to 1977 show that countries with high alcohol consumption rates also have high rates of alcohol cirrhosis deaths. The relationship appears to be stronger when liver cirrhosis deaths are compared to the alcohol consumption of a year or two before. In Canada, a similar relationship holds. Provinces and territories with high alcohol consumption also tend to have high alcohol-related mortality, according to 1979-1980 data.

In addition, provinces with high alcohol consumption are likely to have high levels of driving-while-impaired offences and high rates of liver cirrhosis mortality treated in general hospitals, according to 1978 data.

Provinces with high levels of morbidity from liver cirrhosis almost always have high levels of liver cirrhosis deaths and high levels of deaths due to alcoholism.

provinces with high levels of alcoholism treated in general hospitals or in mental institutions, however, have low levels of deaths from alcoholism and liver cirrhosis, and the medical treatment of alcoholism may be an important factor in preventing alcoholism and liver cirrhosis deaths.

4.2 Alcohol-Related Mortality

Alcohol-related mortality can be used to determine directly or indirectly (through estimates of the number of alcoholics) the severity of the alcohol problem and to provide a selected indicator of reduced life expectancy and potential years of life lost in Canada.

The use of alcohol was directly implicated in deaths from alcohol-related cirrhosis, alcohol dependency syndrome, the non-dependent abuse of alcohol, alcoholic psychosis, and accidental poisoning by alcohol (Chart 8), totalling 2110 deaths in 1980. Direct comparison with 1978 estimates is not possible because the concepts of cirrhosis and alcohol dependence were redefined for the International Classification of Disease categories in 1979.

There is, however, evidence of stabilization or possibly the start of a decline in the number of fatalities directly attributable to alcohol, since direct alcohol-related deaths totalled 2520 in 1978.

Indirect alcohol-related deaths, including deaths from such events as motor vehicle accidents, falls, fires, drownings, homicides and suicides, totalled 5554 in 1980. Additional alcohol-related deaths, including those from medically diagnosed categories of circulatory and respiratory diseases and certain types of cancer (e.g., buccal, oesophageol and laryngeal), totalled 10 310 in 1980.

In all, alcohol-related deaths in 1980 totalled 17 974. This means that up to an

estimated 1 in every 10 Canadian deaths (10.5 per cent) resulted from an alcohol-related condition, whether directly (1 in 80) or indirectly (1 in 11).

CHART 7

ALCOHOL-RELATED PROBLEMS: FOR THE DRINKER, THE DRINKER'S FAMILY AND THE COMMUNITY

FOR THE DRINKER

CONSEQUENCES OF ACUTE EPISODES OF HEAVY DRINKING: Short-term impairment of functioning and control; aggressiveness; accidents; exposure to climatic conditions; physical disorders; arrest for drunkenness.

CONSEQUENCES OF PROLONGED HEAVY DRINKING: Liver cirrhosis; aggravation of other physical disorders; malnutrition; prolonged impairment of functioning and control; accidents; impairment of working capacity; alcohol dependence syndrome; alcoholic psychosis.

POSSIBLE CONCOMITANTS: Loss of friends, family, health, self-esteem, job, means of support, liberty.

FOR THE DRINKER'S FAMILY

Family disruption
- marital discord
- child and spouse abuse
- loss of esteem for drinker

Mental disorder

Poverty

Foetal damage from maternal drinking

Child neglect

Child development problems

School dropout

Juvenile drinking and delinquency

FOR THE GENERAL COMMUNITY

Effects on public order
- obnoxious behavior
- violence
- property damage

Victims of drinker-caused accidents

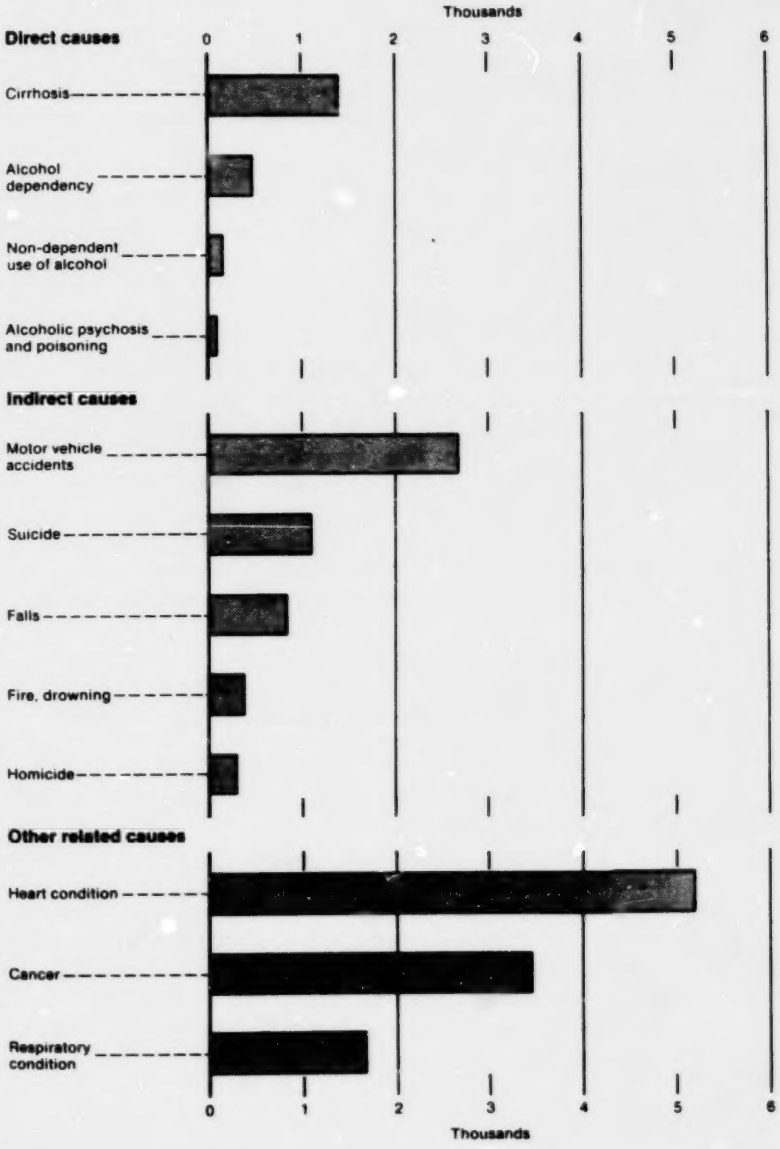
Manpower and economic costs of services (health, welfare, law enforcement for drinker, family, others affected

Output losses e.g. on the farm at work administrative inefficiency loss of skilled manpower (premature death)

SOURCE: Moser, Joy. Prevention of Alcohol Related Problems. (Toronto: WHO and ARF, 1980).

Chart — 8

Estimated Alcohol-Related Deaths, Canada, 1980



4.2.1 Interprovincial Comparisons

The national rate of direct alcohol-related deaths per 100 000 population was 14.4 (Chart 9). This rate was exceeded by four provinces and territories: the Yukon, British Columbia, Alberta, and Ontario.

Manitoba, Prince Edward Island, Quebec, and the Northwest Territories ranked in the middle range for alcohol-related deaths.

The lowest ranking provinces were New Brunswick, Nova Scotia, Saskatchewan and Newfoundland.

4.2.2 Male-Female Mortality

The male to female mortality ratio was 2.5 to 1 for alcohol-related death rates for the two-year period 1979-80, which indicated no change from the previous period, 1975 to 1978. There were, however, specific changes in provincial rankings. In provinces with higher consumption rates, the differences between male and female alcohol-related death rates are generally relatively smaller (Chart 10).

Nova Scotia, New Brunswick, Saskatchewan and Newfoundland had the highest male-female mortality ratios.

Quebec, Prince Edward Island, and Ontario ranked in the middle for male-female mortality ratios and were at or slightly below the national average.

British Columbia, Alberta, the Yukon, Manitoba, and the Northwest Territories had the lowest male to female ratios due to higher rates of female mortality. The Northwest Territories reported a higher alcohol-related death rate for females than for males but this finding should be evaluated in the light of a small population base.

4.2.3 Cirrhosis Mortality

(a) National Estimates

Recent estimates show a decreasing number of annual deaths due to cirrhosis of the liver -- 2682 in 1980 versus 2838 in 1978. The upward trend in cirrhosis noted in the early and mid-seventies may have stabilized for females and turned downward for males in the last two to three years.

Chart — 9

Alcohol-Related Death Rates, for Two-Year Period Per 100,000 Population, Canada, 1979-1980

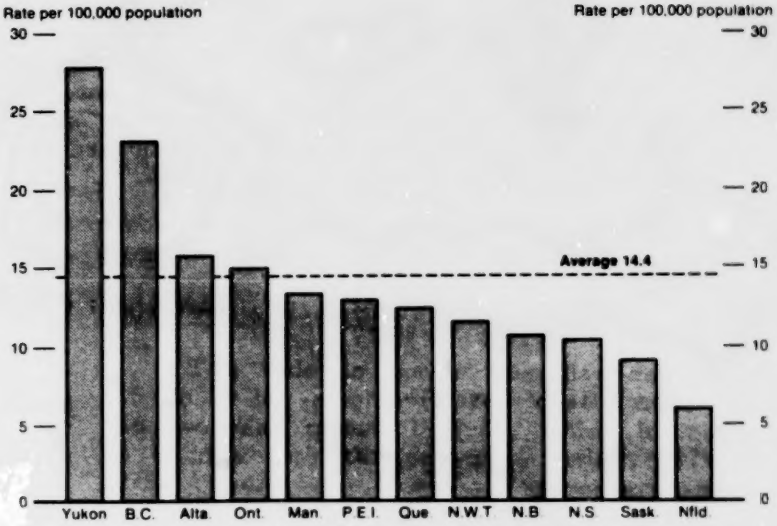
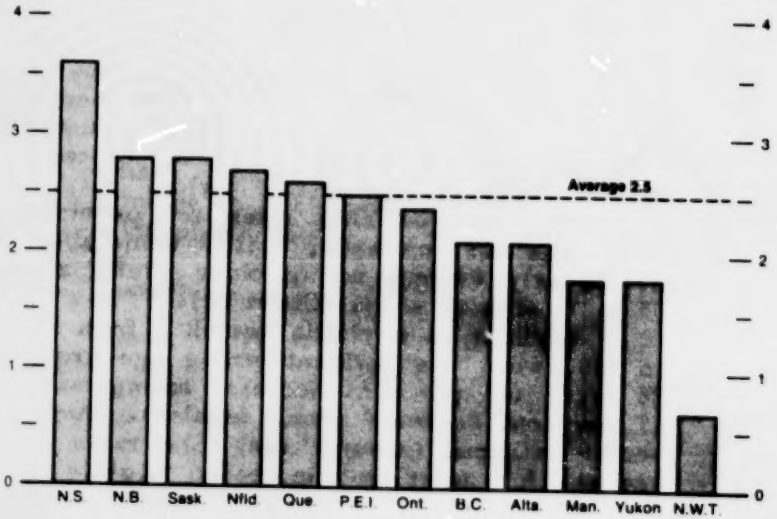


Chart — 10

Male to Female Ratios for Alcohol-Related Death Rates, For Two-Year Period, by Province, 1979-1980.



(b) By Age and Sex: 1975 to 1980

The mean mortality rate of males per 100 000 population from cirrhosis decreased by 10 per cent from 16.7 to 15.0 between 1975 and 1980. Similarly, over the same period, female cirrhosis rates decreased from 6.9 to 6.1 Although the problem of time lag has to be taken into account, declines in cirrhosis mortality are nonetheless consistent with the evidence of stabilization in per capita alcohol consumption over this period.

Cirrhosis mortality rates are prominent from age 25 onwards, with vulnerability particularly evident among older adults aged 55 to 74 of both sexes (Chart 11).

Declines in cirrhosis mortality from 1975 to 1980 were most evident among age groups 25 to 54 (13 per cent decrease among males, 17 per cent decrease among females). Among senior citizens (around age 75), rates decreased for males but increased slightly for females.

(c) Provinces and Territories

Estimates from the provinces and territories show that, from 1979 to 1980, there were decreasing chronic liver disease and cirrhosis rates in 9 out of 12 provinces and territories. Provinces showing increases were Newfoundland, Saskatchewan, and British Columbia (Table 5). These variations may be due to short-term fluctuations.

4.3 Alcoholism

Alcoholism, considered to be a syndrome, is characterized by alterations at the behavioral, subjective, and psychobiological levels with an impaired control over intake of alcohol as a leading symptom.

The prevalence estimate used for the number of alcoholics in Canada is based on current liver cirrhosis fatalities. According

to 1979 and 1980 cirrhosis mortality data, the estimated alcohol-dependent population was 605 300 and 600 000 respectively for 1979 and 1980, constituting 1 in 19 or 5.3 per cent of current drinkers in Canada. (Chart 12)

Between 1978 and 1980, the number of alcoholics declined by 3 per cent. This decline is in keeping with the recent deceleration in per capita alcohol consumption. As in the case of the latter, a longer time series is necessary to infer that these recent data represent a significant change in the trend of increasing numbers of alcoholics.

Chart — 11

Mortality from Cirrhosis of the Liver, by Age and Sex, Canada, 1970-80

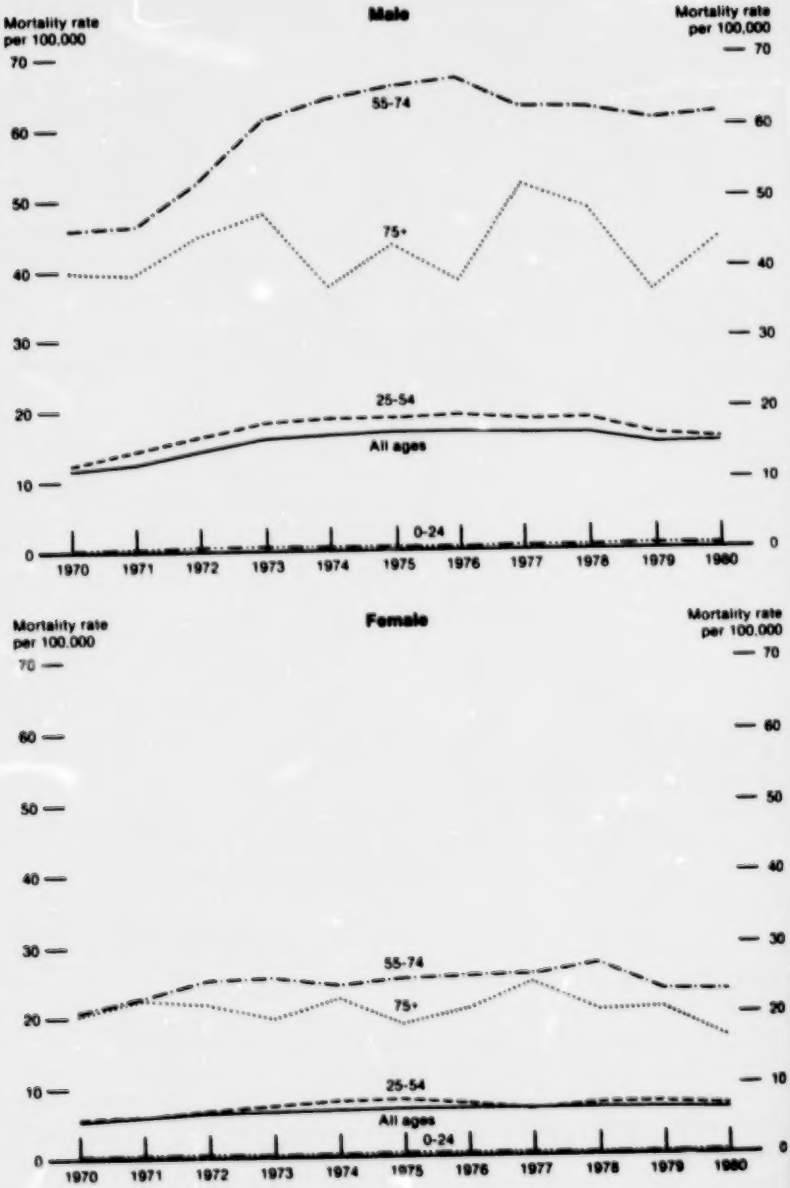


TABLE 5

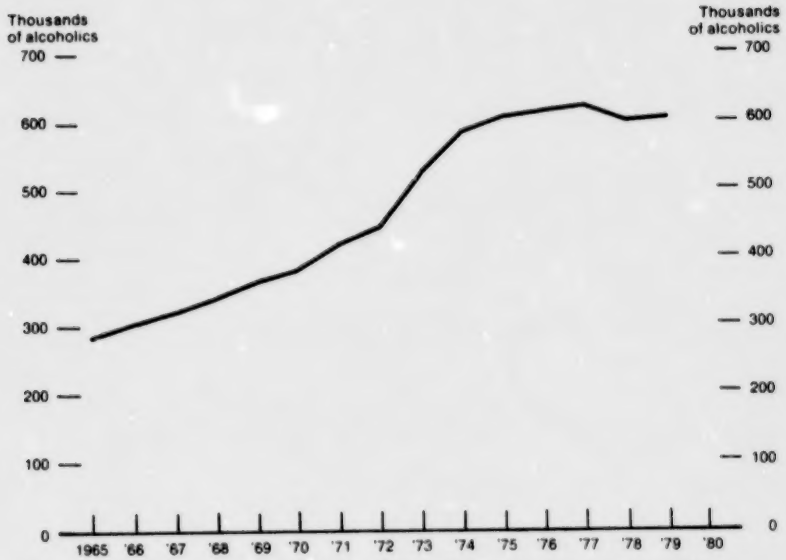
DEATH RATES FROM CHRONIC LIVER DISEASE AND CIRRHOSIS IN POPULATION AGED 20 AND OVER, BY PROVINCE, 1979 AND 1980

	1979	1980
	(per 100,000)	
Newfoundland	6.6	9.4
Prince Edward Island	12.8	8.8
Nova Scotia	11.8	10.1
New Brunswick	12.6	11.9
Quebec	15.7	15.5
Ontario	17.4	16.6
Manitoba	16.7	15.3
Saskatchewan	10.3	13.3
Alberta	17.1	16.9
British Columbia	25.4	26.4
Yukon	22.6	-
Northwest Territories	13.4	4.5

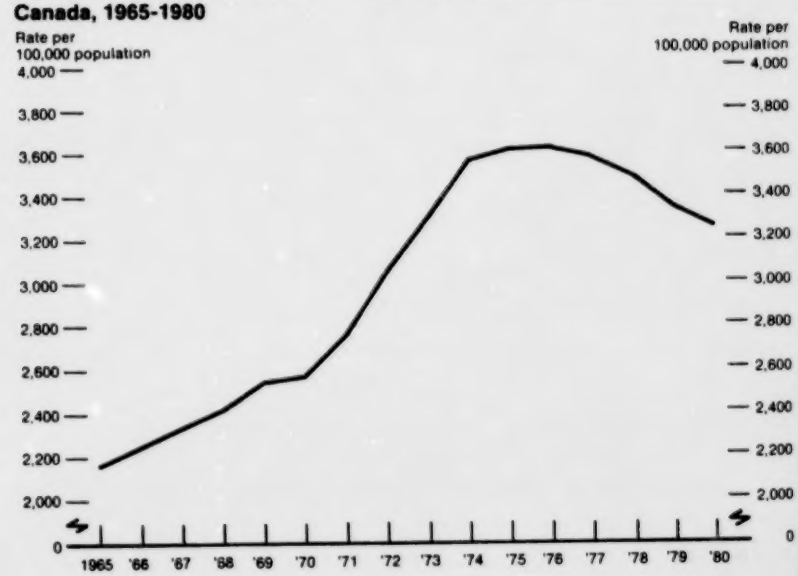
SOURCE: Addiction Research Foundation, "Statistics on Alcohol and Drug Use," (Toronto, 1982).

Chart — 12

Estimated Number of Alcoholics (Based on Jellinek Formula), Canada, 1965-1980



Estimated Prevalence Rates for Alcoholics (Based on Jellinek Formula), Canada, 1965-1980



4.4 Alcohol-Related Motor Vehicle Fatalities

Motor vehicle accidents and offences, by their very number, place a considerable burden on local enforcement agencies and the legal system. They are also a major cause of violent premature deaths and serious injury among Canadians.

It has recently been calculated by the Traffic Injury Research Foundation of Canada that the link of alcohol to fatal motor vehicle crashes in Canada is between 45 and 54 per cent of fatalities investigated, a range that corresponds closely to the 50 per cent estimate of the National Highway Safety Administration in the United States. An estimated 5397 people were killed on the nation's roads in 1980 and of these, 2698 were alcohol-related. Public representation by relatives of innocent bystanders who have been injured or killed is increasingly focusing public attention on the magnitude of this problem. While some progress has been achieved in reducing the number of motor vehicle fatalities, e.g. the use of of safety belts, the proportion of drinking drivers has not decreased.

4.4.1 Relative Risk by Age and Sex

The drinking-driving fatality rate among male youths aged 15 to 24 was 42 per 100 000 (Table 6). The highest drinking-driving fatality rate for females occurred for young females 15 to 24, at 8 per 100 000. Although the magnitude of involvement was five times less for young females than for young males, the rate of this age group was still twice that of the total female drinking-driving fatality rate (4 per 100 000).

TABLE 6

ESTIMATED ALCOHOL-INVOLVED FATALITIES AND FATALITY RATES, BY AGE AND SEX, CANADA, 1980

		Estimated Fatalities	Estimated Fatality rate (per 100 000)
MALE	Age 15-24	990	41.5
	25-44	750	21.7
	45-64	383	17.1
	65+	127	12.9
	TOTAL	2250	18.9
FEMALE	Age 15-24	178	7.7
	25-44	208	6.1
	45-64	62	2.7
	65+	-	-
	TOTAL	448	3.7

4.5 Self-Identified Drinking-Associated Problems

In the Canada Health Survey, respondents who were current drinkers were asked to identify whether during the 12 months before the survey, their drinking had played a part in a number of problems, ranging from tension with family or friends, trouble at work or school, problems with health, difficulties with driving, trouble with

the law, and accidental or violent injury. The classification of estimates of types of health and social problems among current Canadian drinkers 15 years of age and over is as follows.

TABLE 7

PROBLEMS ASSOCIATED WITH CURRENT DRINKING BY TYPE OF PROBLEM (PER CENT DISTRIBUTION) AMONG DRINKERS, CANADA, 1978/79

	Male	Female	Total
	per cent distribution		
Tension or disagreement with family or friends	7.6	4.2	6.1
Problems with health	2.7	1.8	2.3
Difficulty with driving	2.2	.6	1.5
Injury to self or someone else	1.5	1.0	1.3
Trouble with law	1.9	.5	1.3
Trouble with work or school	1.5	.7	1.2
% reporting at least one problem	12.4	6.1	9.7
% reporting no problems	81.8	88.1	84.5
% with problems unknown	5.8	5.8	5.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Number in thousands	6,456	4,964	11,420

*Type of problem was based on multiple counting.

SOURCE: Canada Health Survey, 1981.

Among problems associated with drinking, negative consequences for the drinker's family and friends were seen as the most prominent problem by 8 per cent of the male and 4 per cent of the female current drinking population. The second most prominent problem concerned health, which was reported by 3 per cent of current male and 2 per cent of current female drinkers.

The third most prominent problem reported was difficulty with driving. This was a more important concern for males than for females, being reported by 2 per cent of male versus a fraction (.6 per cent) of female drinkers.

Injuries to self or others rated equally with trouble with the law as the fourth overall set of problems. It is interesting to note, however, that problems with the law were a greater problem for males, being reported by nearly 2 per cent compared with the 1.5 per cent of current male drinkers who reported injuries, whereas injuries were reported as twice the problem of troubles with the law by current female drinkers (1 versus .5 per cent).

The final category of problems identified was trouble at work or school, which was experienced by 1.5 per cent and .7 per cent of current male and female drinkers respectively.

4.5.1 Regional Features

Provincial estimates of drinking-associated problems based upon the Canada Health Survey are shown in Table 8 below.

TABLE 8 PROBLEMS ASSOCIATED WITH DRINKING BY PROVINCE, CANADA, 1978/79

	Per cent reporting at least one problem
Newfoundland	8.9
Prince Edward Island	14.6
Nova Scotia	10.7
New Brunswick	12.5
TOTAL: Atlantic	11.0
Quebec	8.5
Ontario	9.2
Manitoba	9.0
Saskatchewan	10.7
Alberta	10.1
TOTAL: Prairies	9.9
British Columbia	12.4
Canada	9.7

The highest proportions of drinking-associated problems were reported for residents of British Columbia (12.4 per cent), the Atlantic Provinces (11 per cent), and the

Prairies (9.9 per cent). The lowest proportions were reported for Quebec and Manitoba (8.5 and 9 per cent). Estimates for Ontario were closest to the national average (9.7 per cent).

4.5.2 By Age and Sex

Adolescents and young adults aged 15 to 24 of both sexes reported the highest proportions of drinking-associated problems: 13 per cent of teenagers aged 15 to 19 and 11.5 per cent of youth aged 20 to 24 reported at least one problem (Table 9). The lowest proportion of drinking-associated problems was reported among senior citizens (5 per cent for ages 65 and over).

Overall, males reported twice as many drinking-associated problems as females (12 versus 6 per cent). Male-female differences decreased with age.

4.5.3 Sociodemographic Characteristics

(a) Marital Status

Single persons of both sexes had a higher proportion of drinking-associated problems than did married persons (16 per cent single versus 11 per cent married for males, and 9 per cent single versus 5 per cent married for females.

Similar proportions of widowers and widows had drinking-associated problems (6 per cent). Separated persons of both sexes had very high proportions of drinking-associated problems (30 per cent male versus 18 per cent female).

(b) Family Income

Lower income groups of both sexes had higher proportions of drinking-associated problems than did higher income groups. The drinking-associated problem rate for higher income males was 10 per cent and for lower income males, 16 per cent.

Among females, the differences were lower than for males between the income levels. The drinking-associated problem rate was 5 per cent for high income females and 7 per cent for low income females.

TABLE 9

PROBLEMS ASSOCIATED WITH DRINKING, BY AGE, MARITAL STATUS, FAMILY INCOME, AND EMPLOYMENT STATUS, CANADA, 1978/79

		Sex		
		Male	Female	Total
Age	15-19	16.1	9.2	13.0
	20-24	15.8	6.2	11.5
	25-44	12.3	6.8	9.9
	45-64	10.8	4.3	8.1
	65+	5.4	-	4.5
	TOTAL	12.4	6.1	9.7
MARITAL STATUS				
Single, never married		15.7	8.6	12.9
Married		10.7	4.7	8.2
Widowed		5.9	5.8	5.9
Divorced		-	-	8.0
Separated		30.0	18.2	24.0
FAMILY INCOME				
Highest Quintile		10.2	5.3	8.1
Second Quintile		13.0	5.6	9.8
Third Quintile		13.5	5.5	10.1
Fourth Quintile		12.1	7.8	10.2
Fifth Quintile		15.7	7.3	11.7
EMPLOYMENT STATUS				
Managerial/Professional		8.8	5.0	7.4
Other white collar		10.6	7.8	9.2
Blue collar		15.5	-	14.5
Total employed		12.5	6.6	10.5
Unemployed		19.2	9.3	14.3
Not in labour force		9.4	5.1	6.5
	TOTAL	12.4	6.1	9.7

The Canada Health Survey data, therefore, which suggest that higher income groups are more likely to be current drinkers, indicate that lower income groups are more likely to be self-reported problem drinkers.

(c) Employment Status

Unemployed groups reported the highest rates of drinking-associated problems (14 per cent for males and 9 per cent for females).

Blue collar groups reported much higher rates of drinking-associated problems than white collar groups (15 versus 9 per cent). This was evident for the male sample (16 per cent blue collar versus 11 per cent white collar); the sample size of the female blue collar group was too small, however, to permit adequate comparison.

In both sexes, managerial and professional groups reported the lowest rates of drinking-associated problems (9 per cent for males versus 5 per cent for females).

In general, the Canada Health Survey data are consistent with recent evidence that, although higher status and higher income groups exhibit higher rates of alcohol consumption, they have a lower rate of reported drinking-associated problems than persons in lower status occupations and with lower family income.

Chapter V

ALCOHOL TREATMENT PROGRAMS

5.1 Introduction

There is no single treatment approach to alcohol disabilities and dependencies. Treatment programs range from community-based outpatient counselling to intensive medical care in hospital settings. Not only are there many different types of treatment programs, but also a variety of treatment modalities and methods of intervention exist within each type of program. This chapter presents statistics on alcohol treatment provided in general hospitals, psychiatric facilities, and specialized treatment programs.

5.2 Sources of Help

Alcohol dependency may or may not be perceived by oneself and/or others as a health problem. For some people, the problem of alcohol dependency seems to disappear after little or no treatment. Others seek help from friends or professionals. Still others persist stubbornly with their problem. For a variety of reasons, therefore, not all persons with alcohol dependency or related problems who require therapy actually receive treatment services. The choice of the individual, the decisions of others who may have been consulted, or the lack of available appropriate treatment services are all contributing factors.

For those who seek treatment, there are a variety of services from which to choose. Potential help providers range from the informal (family, friends, co-workers, clergy,

self-help groups) to the formal (general practitioners, medical specialists, general hospital wards, psychiatric wards and specialized dependency centres).

These sources of treatment thus provide different services and facilities by people with varying degrees of professional training and experience. Some facilities restrict themselves to the treatment of the dependency problem per se; others provide treatment for related social and environmental problems.

In Table 10 these help sources are categorized as specialist/non-specialist and formal/informal.

TABLE 10 A TYPOLOGY OF HELP SOURCES

	FORMAL (Professionalized)	INFORMAL (Indigenous)
Specialized	Provincial alcoholism commissions Psychiatric treatment units Psychiatrists	Alcoholics Anonymous (A.A.)
Non-specialized	General practitioners General hospital wards Public health nurses Occupational health nurses	Family Friends Co-workers

Clients differ in the nature of their problems, their social background and status, their initial point of seeking help, referral pathways, and the circumstances in which their alcohol problem was brought to light.

It has been suggested that the initial point of entry into the treatment system and the characteristics of that system influence the subsequent behaviour of the alcohol-dependent individual. Obviously, some facilities and services are better suited (and thus have a better outcome) to one or another type of dependency problem or client. Unfortunately, not enough is known about treatment outcome to provide guidance in treatment choice.

The availability, accessibility, and perceived effectiveness of treatment influence the treatment decision process, thereby affecting the numbers and types of persons seen for alcohol dependency problems. A particular treatment facility or sector may provide all services to an individual client or may serve as a gateway to other services. It is most likely that the majority of clients are treated solely by the agency of first contact.

Within each treatment sector and facility, individual clients consume different amounts of services. It is usual for a relatively large number of clients to consume relatively few services and a relatively small number of clients to consume a large number of services.

In reviewing treatment statistics, a clear distinction should be made between event-centred data (e.g., admissions/separations, office visits) and client-centred data (e.g., number of services used, cost of treatment for illness episode, outcome, etc.).

Because of the lack of comprehensive integrated data at either the national or the provincial level, it is not possible to obtain definite and complete client-centred information and data on persons receiving treatment for alcohol dependency problems. The following sections of this chapter provide event-centred data on some of the more formal aspects of the alcohol dependency treatment system. These utilization data provide

information on the characteristics of clients, related health problems and service utilization.

5.3 Specialized Alcoholism Treatment Programs

5.3.1 Introduction

Specialized treatment programs under the jurisdiction of the provincial alcohol commissions and foundations encompass detoxication, short-and long-term residential care, and outpatient counselling. Data on admissions to general hospitals and to mental and psychiatric hospitals are excluded. Although there is considerable diversity in specialized treatment programs, they have been classified for the purposes of this report according to structural, functional, and temporal characteristics. The resulting taxonomy is as follows:

(a) Detoxication programs - provide in-patient care, usually seven days or less, for the purposes of withdrawing from the effects of alcohol intoxication.

(b) Residential programs of less than 31 days - provide inpatient treatment or rehabilitation for a period of 30 days or less.

(c) Residential programs 31 days and over - provide in-patient treatment or rehabilitation for a period of 31 days and over.

(d) Day-patient programs - provide structured treatment or rehabilitation related to alcohol and/or other drugs for a minimum of four hours per day; however, clients are not accommodated overnight.

(e) Outpatient programs - provide treatment or rehabilitation services at regular intervals (pre-arranged or drop-in) on an ambulatory basis.

The statistics on specialized treatment programs do not represent total services provided in Canada. They are based on treatment information from the provinces of British Columbia, Alberta, Saskatchewan, New Brunswick, and Nova Scotia for the 1981/82 fiscal year. This information was collected by the Working Group on Alcohol Statistics. Although the data are restricted to five provinces, they nevertheless provide comparisons between different types of treatment programs according to certain client characteristics (sex, age, employment status) and length of treatment.

5.3.2 Sex of Clients

Of clients surfacing in specialized treatment programs, 78.2 per cent were males and 21.8 per cent were females. Males outnumbered females by a ratio of 3.5 to 1. As shown in Chart 13, this disparity was most pronounced in residential programs 31 days and over where males accounted for 91.6 per cent of clients and women, 8.4 per cent of clients. Detoxication programs had the second highest percentage of males, followed by residential programs under 31 days, day patient programs, and outpatient programs. In outpatient programs, 67.5 per cent were men and 32.5 per cent were women. Outpatient programs thus had the highest percentage of female clients.

5.3.3 Age of Clients

According to age breakdown of clients in treatment, 4.9 per cent were under 20 years, 35.9 per cent aged 20 to 34 years, 36 per cent aged 35 to 49 years, 20.1 per cent aged

50 to 64 years, and 3 per cent aged 65 years and older. Although 40.9 per cent of all clients were under 35 years, this age range was more evident in day patient and outpatient programs (50.9 and 51.9 per cent respectively) than in detoxication and residential programs, 31 days and over (30.2 and 43.4 per cent respectively). On the other hand, the latter two types of programs had a greater percentage of clients 50 years and older than did day patient and outpatient programs.

As shown in Chart 14, there was little difference between male and female age distribution for day patient and outpatient programs. For inpatient programs, however, the under 35 age group was more evident among female than male clients. This disparity was most pronounced in detoxication programs where those under 35 years of age accounted for 40.2 per cent of female clients compared to 28.8 per cent of male clients. The opposite trend was found in the 50 years and older age group, which was greater among male than female clients.

Chart — 13

Percentage Distribution of Admissions, by Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82

Detoxication (4 provinces)

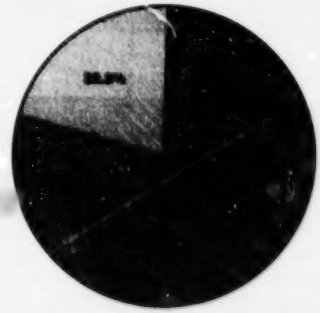
Residential < 31 days (5 provinces)

Residential ≥ 31 days (4 provinces)

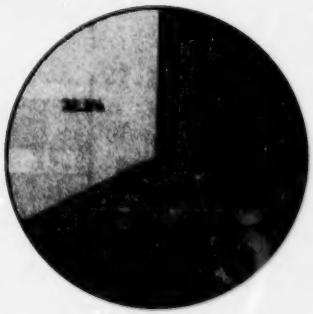
Legend:

Male

Female



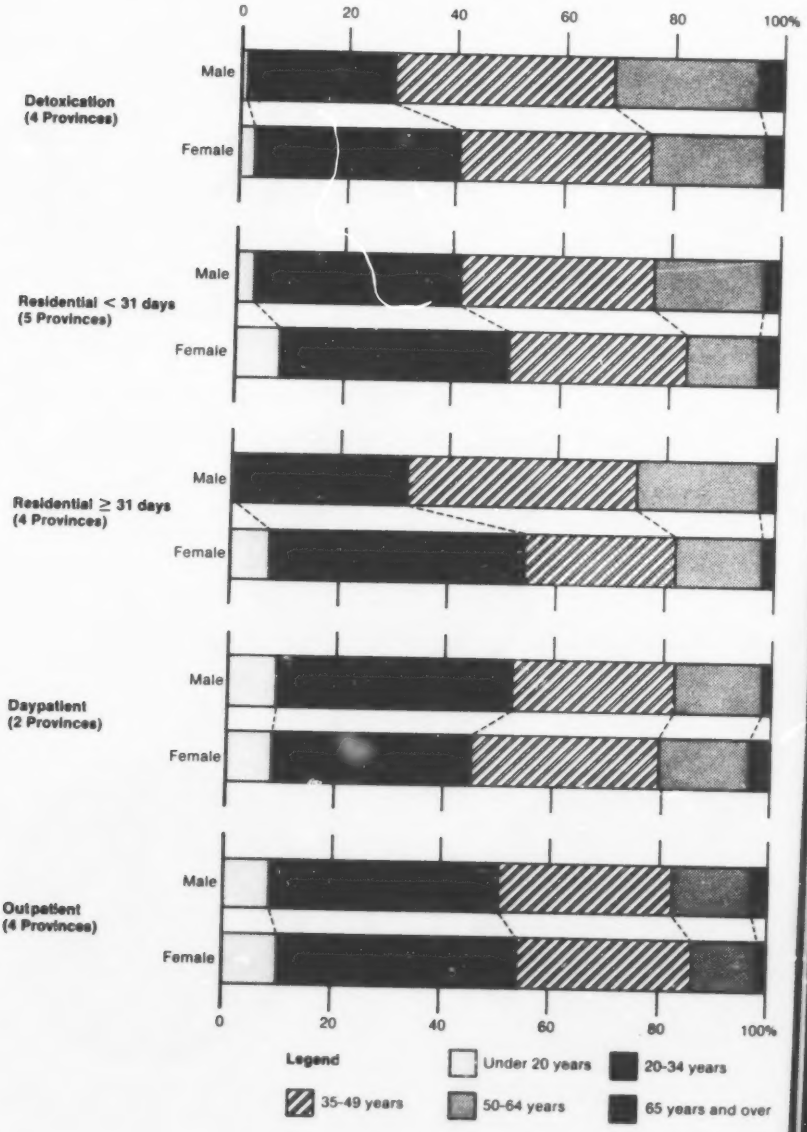
Daypatient (3 provinces)



Outpatient (5 provinces)

Chart — 14

Percentage Distribution of Admissions, by Age, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82



5.3.4 Employment Status of Clients

The largest proportion (50.3 per cent) of clients in specialized treatment programs were unemployed. The percentage of clients employed on a full-time basis was 34.4 per cent and the "other" grouping (housewives, students, retired people, and seasonal workers, etc.) comprised 15.3 per cent of clients. There was considerable disparity among the various types of treatment programs in terms of employment status. Unemployment was more pronounced among clients in residential programs 31 days and over (85 per cent) and detoxication programs (61.2 per cent) than among clients in other types of programs (ranging from 36.4 to 41.8 per cent).

The employment rate was considerably higher among male (35.8 per cent) than among female clients (28.9 per cent). This disparity was found among all types of treatment programs; however, it was less pronounced among clients of residential programs 31 days and over. The opposite trend was found with the "other" grouping, which comprised a higher percentage of female than male clients: 25.3 compared to 12.8 per cent. This was particularly evident among clients in outpatient programs and in residential programs under 31 days (see Chart 15).

5.3.5 Length of Treatment

In detoxication programs, 27.2 per cent of clients were separated within two days. Three to four and five to seven-day stays were made by 26.6 and 33.2 per cent of clients respectively. In total, 86.9 per cent of detoxication clients were separated in under eight days, with 13.1 per cent remaining longer in the program. There was little difference between male and female clients in terms of length of stay (see Chart 16).

In residential programs under 31 days, 29.1 per cent of clients were separated from the programs in under 16 days. This was higher for female (39.5 per cent) than for male clients (25.2 per cent). Fifty-seven per cent of clients stayed in this type of program from 16 to 30 days, and the latter treatment length was more evident among males than females.

In residential programs of 31 days and over, 37.6 per cent of the clients remained in treatment under 31 days. Forty-four per cent were in treatment from 31 to 90 days, and 16 per cent stayed for a period of 91 to 180 days.

Seventeen per cent of clients in day-patient programs were in treatment under 16 days. On the other hand, 84.1 per cent of males and 77.5 per cent of female clients remained in this type of program from 16 to 30 days.

Chart — 15 - 1

Percentage Distribution of Admissions, by Employment Status, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82

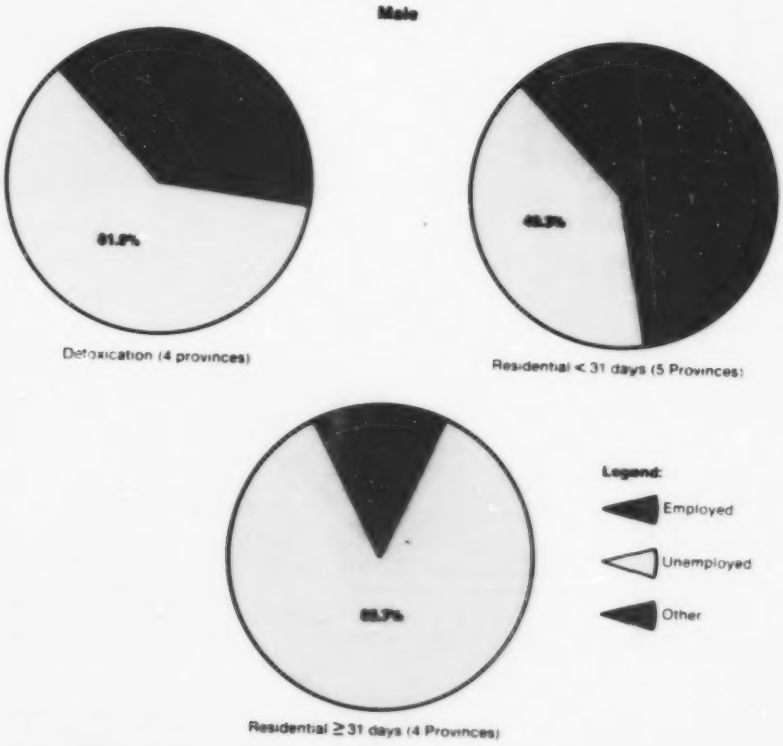


Chart — 15 (concluded)

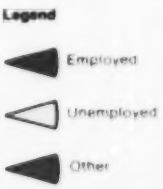
Percentage Distribution of Admissions by Employment Status, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82

Female

Detoxication (4 provinces)

Residential < 31 days (5 Provinces)

Residential ≥ 31 days (4 Provinces)

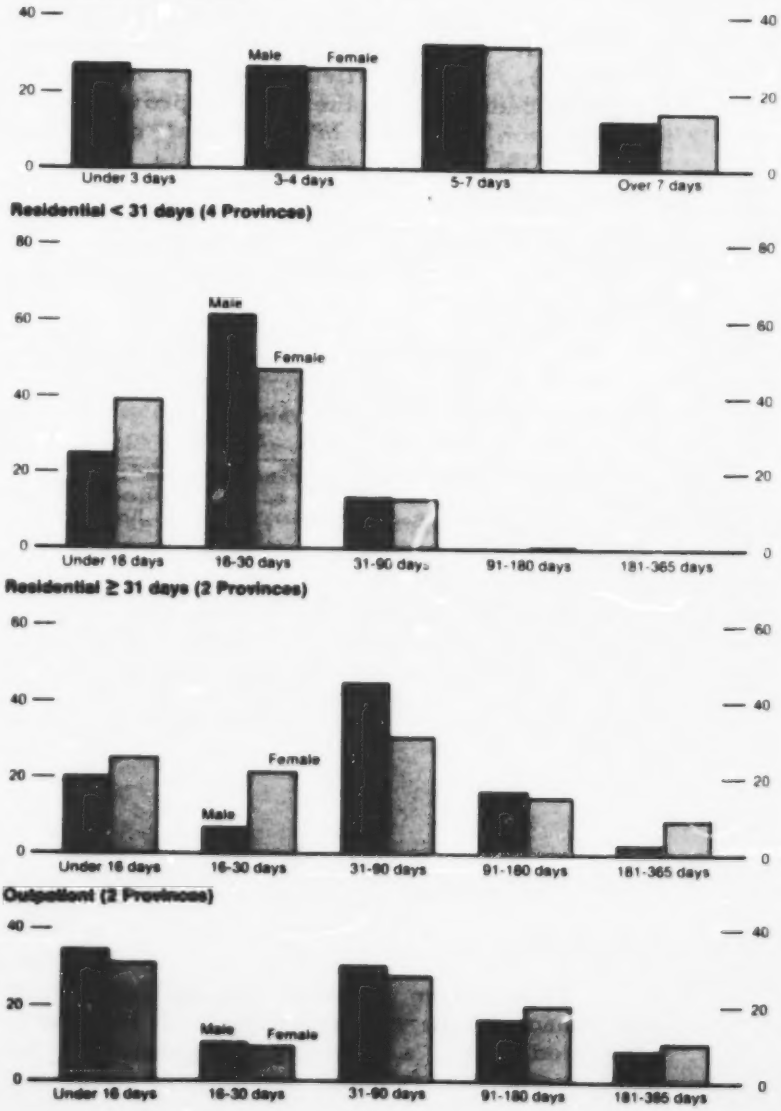


Day patient (2 Provinces)

Out patient (4 Provinces)

Chart – 16

Percentage Distribution of Admissions by Length of Treatment, Sex and Type of Program, Alcohol Treatment Programs, Alcohol Commissions and Foundations, Canada, 1981/82



5.3.6 Residential care facilities for alcohol/drug addicts

In the 1980/81 special care facility survey conducted by Statistics Canada, there were 106 residential care facilities for alcohol/drug addiction that participated in the survey out of the 231 facilities in operation (Table 11). The facilities reporting accounted for 2961 beds out of the 5889 approved beds in operation, or 50% of the total operating beds. The number of separations reported were 33 379 with patient-days totalling 858 992. For the 231 facilities in operation, the estimated number of separations and patient-days were 52 629 and 1 354 381 respectively.

TABLE 11 RESIDENTIAL CARE FACILITIES FOR ALCOHOL/DRUG ADDICTS, CANADA, 1980/81.

Bed Size	Operating Facilities			Reporting Facilities		
	Number	Estimated number of separations	Beds	Number	Number of separations	Beds
4-9	23	2,338	169	8	960	63
10-19	106	12,364	1,488	49	6,520	667
20-	102	37,927	4,232	49	25,899	2,231
Total	231	52,629	5,889	106	33,379	2,961

5.4 General Hospitals and Mental Hospitals

5.4.1 Introduction

This section provides data on the medical and demographic characteristics of inpatients separated with a primary diagnosis of an alcohol disorder (alcohol dependence syndrome

or alcoholic psychosis) from general hospitals and mental hospitals. The data are not individual patient counts but reflect the number of separation events in the reporting year.

5.4.2 Institutional Characteristics

The total number of separations from general hospitals and mental hospitals decreased by 6 per cent from 35 398 separations in 1972 to 33 430 separations in 1980/81. For general hospitals the number of separations increased by 9 per cent, while for mental hospitals the number of separations decreased by 48 per cent, (Chart 17). In 1980/81 general hospitals accounted for 86 per cent of separations for alcohol disorders compared to 75 per cent in 1972 (Table 12)

In general hospitals all of the provinces except Newfoundland, New Brunswick and Nova Scotia, reached a peak in the number of spearations and separation rates per 100 000 population in 1976. (Chart 18) This pattern was evident in the mental hospitals for only two provinces, namely Prince Edward Island and Quebec; all other provinces followed a fairly consistent decline in both the number of separations and separation rates per 100 000 population during the 1972 to 1980/81 period (Chart 19).

Chart — 17

Separations, Alcohol Disorders, by Type of Facility, Canada, 1972-1980/81

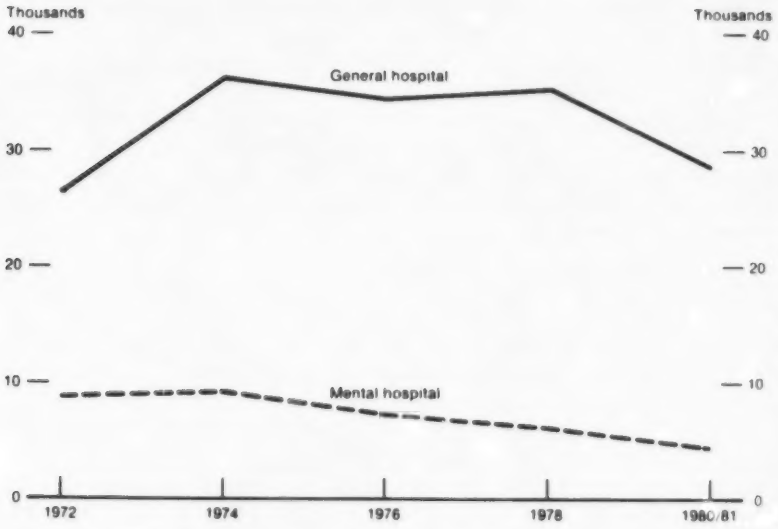


TABLE 12

SEPARATIONS, ALCOHOL DISORDERS BY DAYS OF CARE, GENERAL HOSPITALS AND MENTAL HOSPITALS, CANADA, 1972, 1976, 1980/81

	1972			1976			1980-81		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female
General Hospitals									
Separations	26,432	21,600	4,832	34,236	27,134	7,102	28,732	22,699	6,033
Days of Care	282,209	223,699	58,510	369,200	288,333	80,867	370,159	292,327	77,832
Mental Hospitals									
Separations	8,966	7,718	829	7,401	6,143	1,258	4,698	3,819	879
Days of Care	640,231	606,242	33,989	587,968	532,616	55,352	219,448	178,566	40,882
Total									
Separations	35,398	29,318	6,080	41,637	33,277	8,360	33,430	26,518	6,912
Days of care	922,440	829,941	92,499	957,168	820,949	136,219	584,607	470,893	118,714

Chart — 19 - I

General Hospitals, Separations, Alcohol Disorders, by Province, Canada, 1972, 1976 and 1980/81

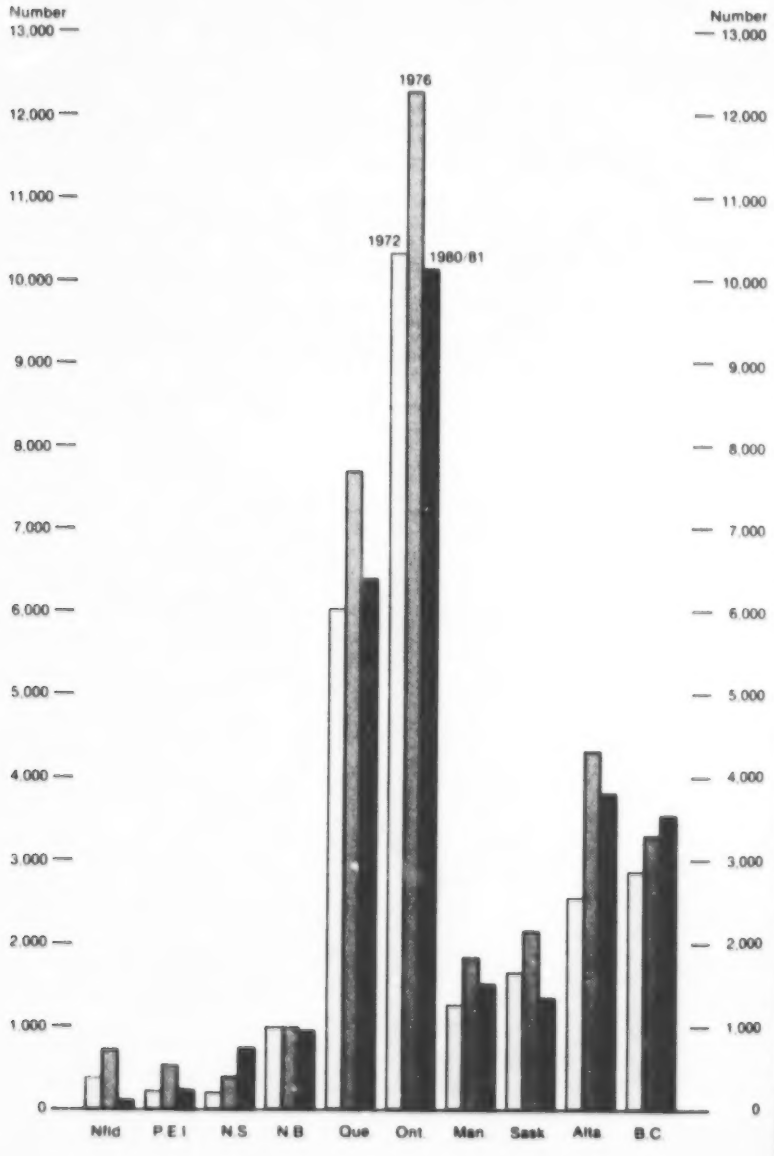


Chart — 18 (concluded)

General Hospitals, Separation Rates per 100,000 Population, Alcohol Disorders, by Province, Canada, 1972, 1976 and 1980/81

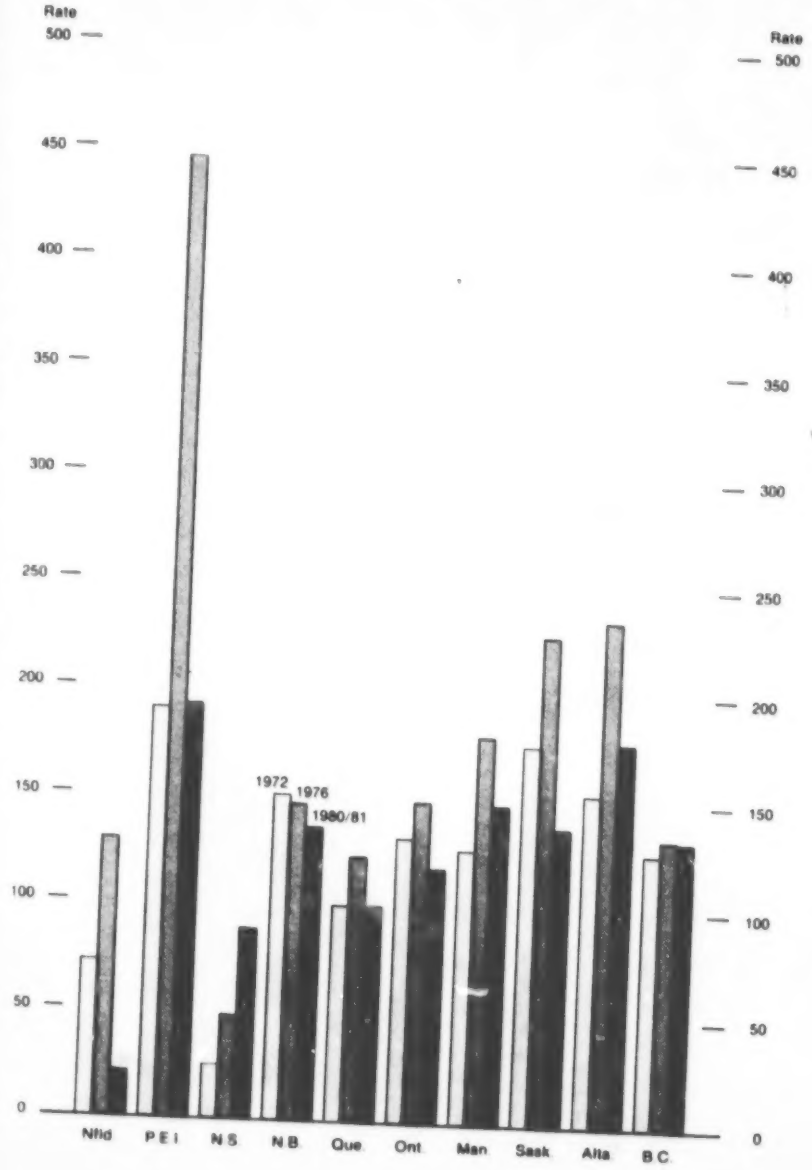


Chart — 19 - 1

Mental Hospitals,Separations, Alcohol Disorders, by Province, Canada, 1972, 1976 and 1980/81

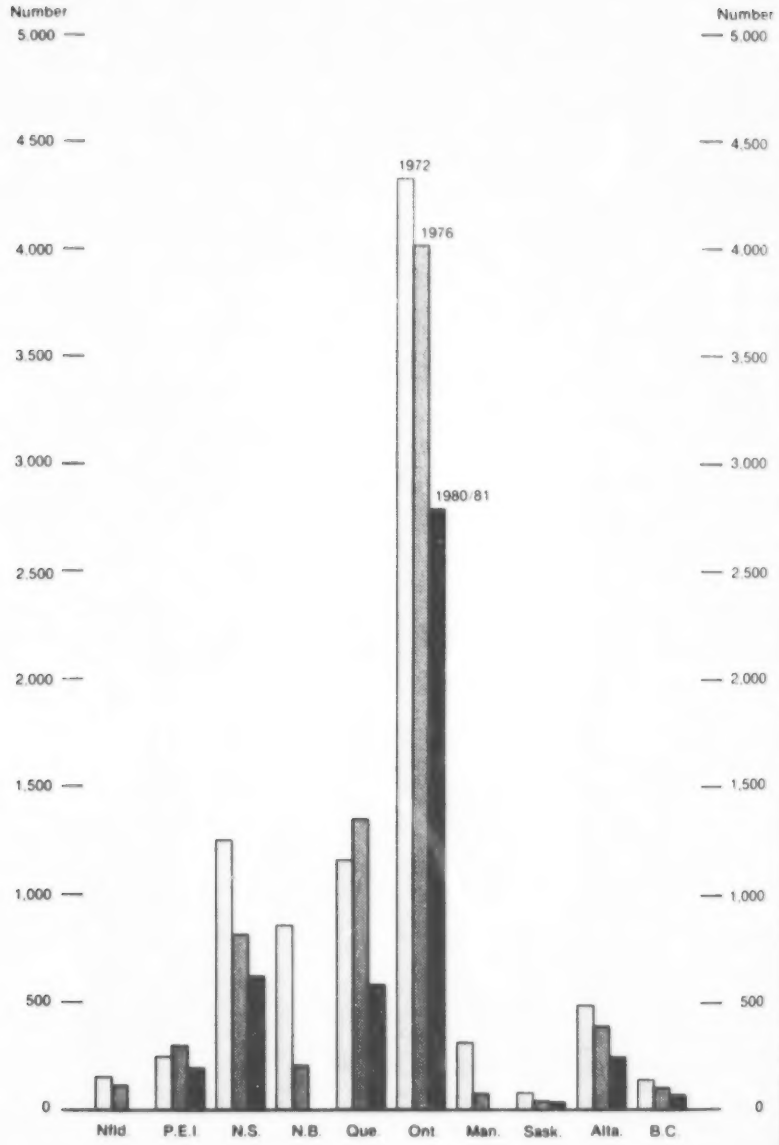
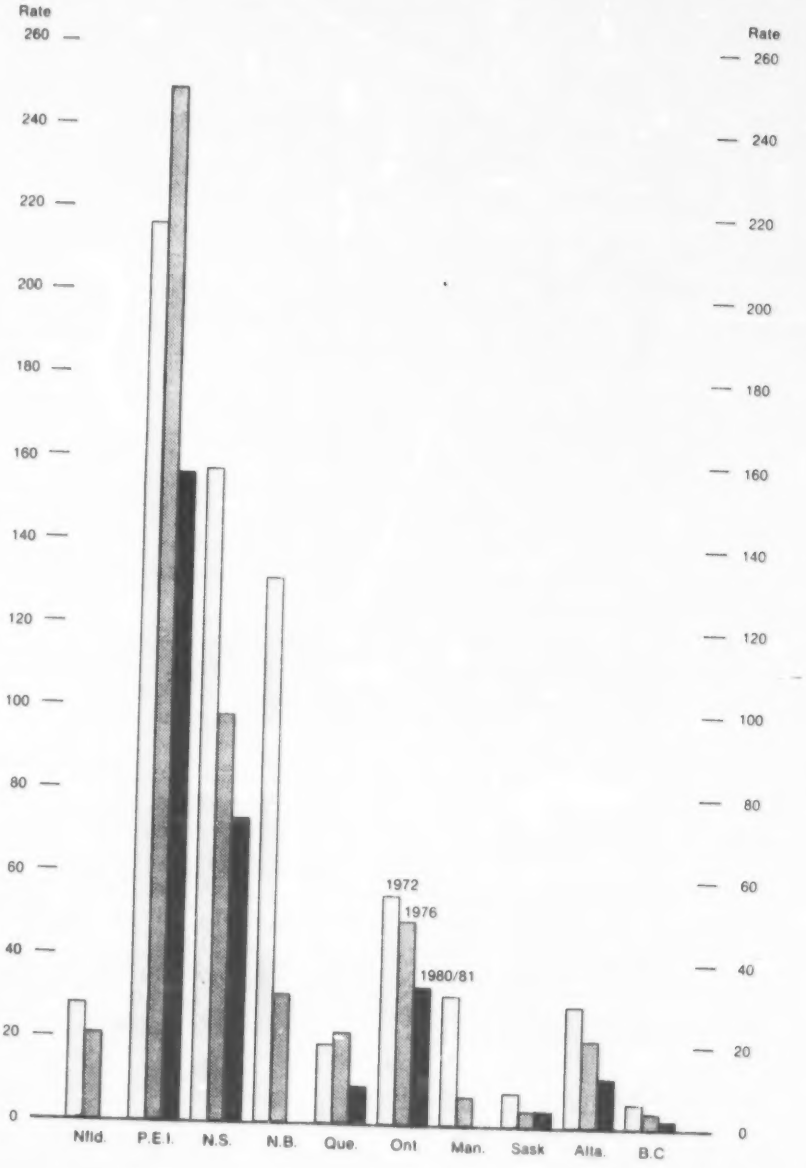


Chart — 19 (concluded)

Mental Hospitals, Separation Rates per 100,000 Population, Alcohol Disorders, by Province, Canada, 1972, 1976 and 1980/81



5.4.3 Separations by Sex

In 1980/81 female separations for alcohol disorders made up 21 per cent of the total separations as compared to 17 per cent in 1972. In 1980/81, females accounted for 21 per cent of separations in general hospitals and 19 per cent in mental hospitals.

5.4.4 Separations by Age

The median age for separations for alcohol disorders has remained fairly stable since 1972. In 1980/81, the median age for separations was 45 for males and 44 for females.

5.4.5 Length of Hospital Stay

The median length of stay for patients with alcohol disorders remained fairly constant during the period 1972 to 1981. In 1980/81, the median length of stay was 6 days for general hospitals and 21 days for mental hospitals (Chart 20).

In general hospitals 22 per cent of separations had a length of stay of less than three days, while in mental hospitals less than 8 per cent had a length of stay of less than 3 days.

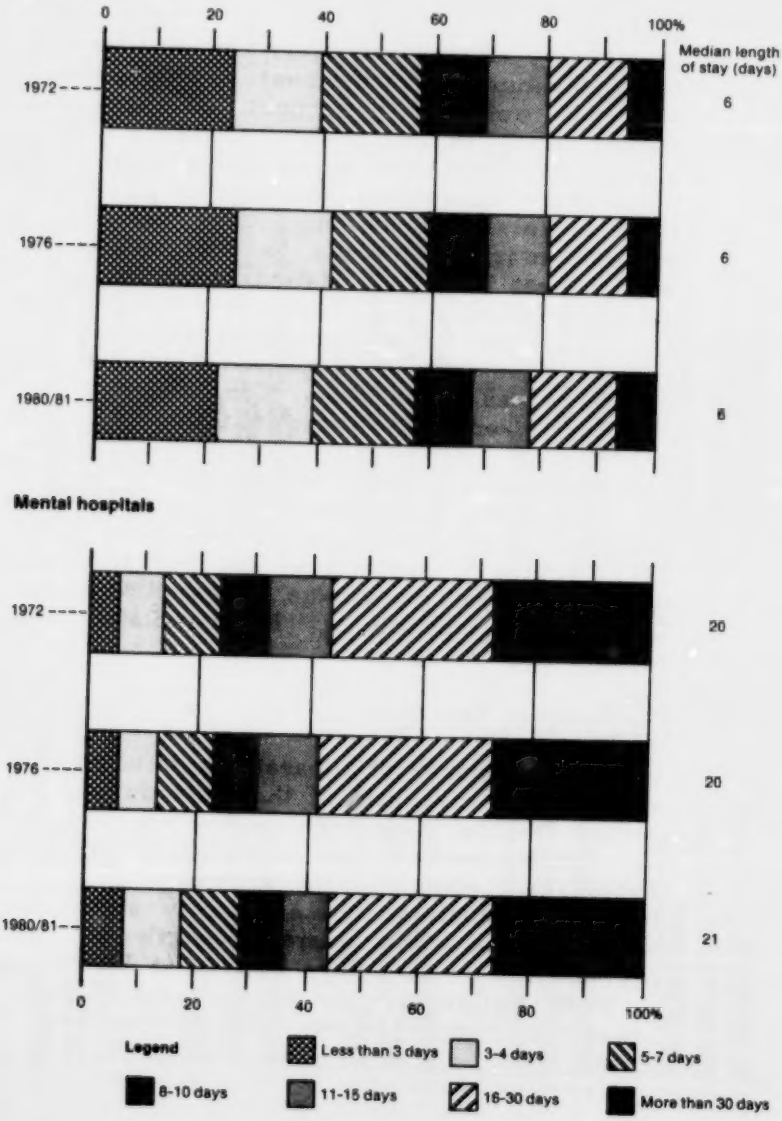
During the 1972 to 1981 period, total days of care for alcohol disorders decreased in mental hospitals by 66 per cent (Table 12). This large decrease was the result of the discharge of many long stay patients. In general hospitals, however, total days of care increased by 31 per cent. In 1980/81, mental hospitals accounted for 37 per cent of the total days of care as compared to 69 per cent in 1972.

5.4.6 Method of Admission

The data collected on method of admission were available for the period 1976 to 1978 and were divided into two categories:

Chart — 20

Separations, Alcohol Disorders, by Type of Facility and Length of Stay, Canada, 1972, 1976 and 1980/81



voluntary and involuntary admissions. Involuntary admissions were further sub-divided into emergency, commitment, Lieutenant Governor's Action, remand, and other.

The percentage of involuntary admissions to total admission for alcohol disorders decreased from 25 per cent in 1976 (2427 involuntary admissions) to 19 per cent in 1978 (1757 involuntary admissions). This pattern was not uniform throughout all provinces (Chart 21). In Prince Edward Island, Nova Scotia, and New Brunswick there were more involuntary admissions for alcohol disorders than voluntary admissions. The percentage of involuntary admissions to total admissions was highest in Prince Edward Island and lowest in Ontario.

The most common procedure for involuntary admissions of persons with alcohol disorders was commitment. Commitment refers to the compulsory hospitalization of the mentally ill under the criteria specified in provincial mental health legislation.

In 1978, commitments accounted for 66 per cent of involuntary admissions (see Table 13). Prince Edward Island and Saskatchewan had the highest percentage of commitments for involuntary admissions; Newfoundland and Alberta had the lowest.

5.4.7 Cirrhosis of the Liver

The number of separations from general hospitals for cirrhosis of the liver during the period 1972 to 1978 increased by 16 per cent for females and 7 per cent for males (see Table 14). However, the separation rate per 100 000 population remained fairly stable for both sexes. The average length of stay decreased from 21.6 days in 1972 to 18.8 days in 1978. Approximately 60 per cent of these separations were persons between the ages of 45 and 64.

Chart — 21

Mental Hospitals, Total Admissions, Alcohol Disorders, by Province and Type of Admission, Percentage Distribution, Canada, 1976-1978

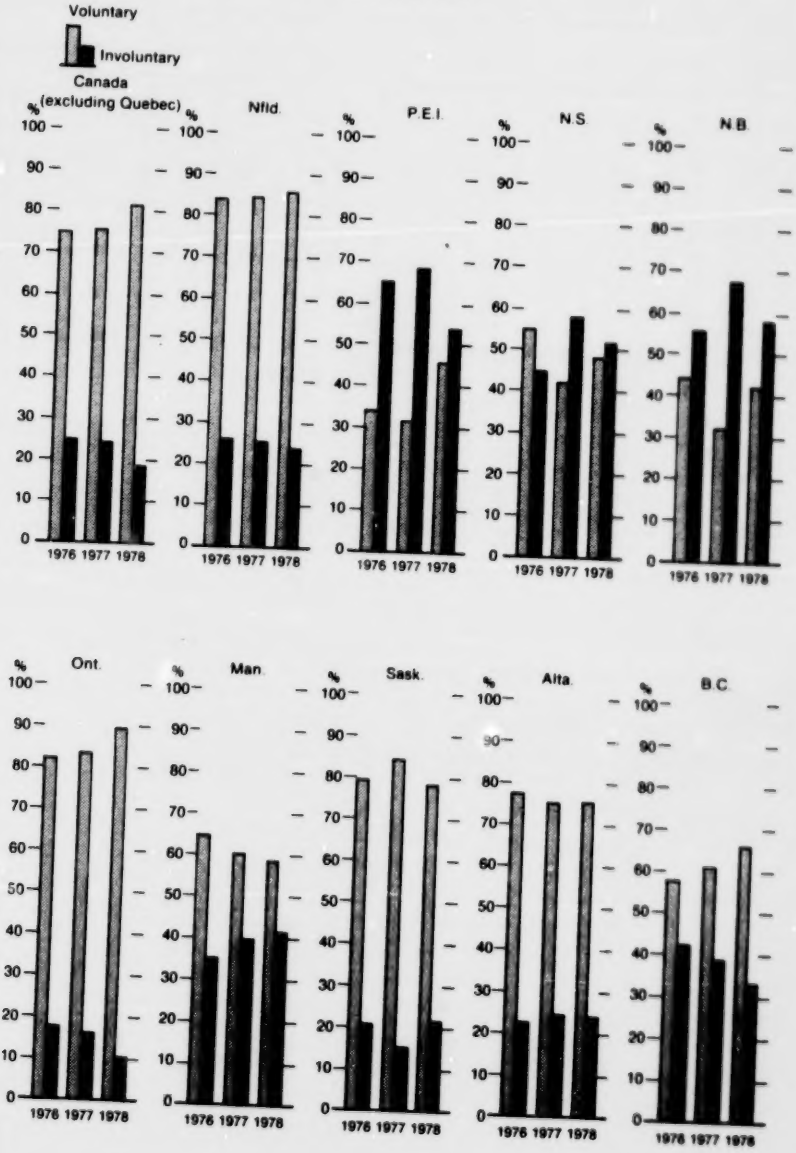


Table 13 **TOTAL ADMISSIONS, ALCOHOL DISORDERS, BY TYPE OF INVOLUNTARY ADMISSION CANADA, 1978 (Part I)**

	Canada		Newfoundland		Prince Edward Island		Nova Scotia		New Brunswi	
INVOLUNTARY ADMISSIONS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	
Emergency	284	16	44	42	1	6	2	2	2	
Commitment	1,163	66	25	24	108	235	25	25	129	
L.G.A.	5	-	2	2	-	-	-	-	-	
Demand	210	12	22	21	2	35	55	13	25	
Other	95	5	11	11	-	-	-	-	-	
Total	1,757	100	104	100	111	276	276	100	156	1

Table 13 **TOTAL ADMISSIONS, ALCOHOL DISORDERS, BY TYPE OF INVOLUNTARY ADMISSION CANADA, 1978 (Part II)**

INVOLUNTARY ADMISSIONS	Ontario		Manitoba		Saskatchewan		Alberta		British Columbia	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Emergency	123	17	15	23	-	-	26	22	67	41
Commitment	443	62	47	73	43	92	52	44	81	49
L.G.A.	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Demand	75	11	2	3	4	9	32	27	13	8
Other	73	10	-	-	-	-	8	7	3	2
Total	716	100	64	100	47	100	118	100	165	100

TABLE 14 **CIRRHOSIS OF THE LIVER, SEPARATIONS, GENERAL HOSPITALS, CANADA, 1972-1978**

		1972	1974	1976	1978
Separations	M	6,929	7,976	7,674	7,424
	F	3,460	3,850	3,764	4,009
	T	10,389	11,826	11,438	11,433
Separations per 100,000 population	M	64	71	67	64
	F	32	34	33	34
	T	48	53	50	49
Days of Care	M	145,312	158,858	140,787	137,678
	F	79,441	85,647	81,319	77,717
	T	224,753	244,505	222,106	215,395
Average Length of Stay	M	21.0	19.9	18.3	18.5
	F	23.0	22.2	21.6	19.4
	T	21.6	20.7	19.4	18.8

Chapter VI

ACTION IMPLICATIONS

6.1 Implications for Prevention

There is clearly a strong need for preventive action on alcohol problems in Canada. The need for such efforts is justified by estimates that at least half a million Canadians can be classified as alcoholic or alcohol-dependent and over a million drink at levels that involve hazards to themselves and others. In addition, the large numbers charged for alcohol-related offences and treated for alcohol-related problems in Canada indicate that substantial resources are invested to deal with the consequences of consumption. Furthermore, even though there appears to have been a stabilization in the rate of consumption and of some alcohol-related problems in recent years, international comparisons and trends in Canada for the 1970's show that the level of consumption gives no cause for complacency. More provinces registered increases in overall consumption between 1975 and 1980 than showed decreases. Canada's consumption, especially of beer and spirits, is still relatively high. Our overall rank in relation to other countries has not changed much in the last decade. It is also possible that the current stabilization is related to the downturn in the Canadian economy and may reverse with changes in the economic situation. Thus, the statistics presented in this report suggest that actions to prevent alcohol-related problems should be a priority at all levels in Canada. This would also be in keeping with recent World Health Organization recommendations and resolutions. The statistics also offer some courses of preventive action that might be followed profitably in Canada.

For one, the relationships between the level of consumption as a whole in the population and alcohol-related problems indicate that efforts to maintain or reduce the level of consumption in the population should be encouraged. These efforts find considerable support in the international scientific literature. While the evidence about the effects of various forms of intervention is equivocal, it is well worthwhile to pursue the overall preventive goal of attempting to lower per capita consumption of alcohol through a variety of strategies, including control of the availability of alcohol and attempts to influence drinking through health promotion efforts.

Evidence shows that certain groups in the population -- in particular young people and women -- are starting to drink earlier and are experiencing more consequences associated with drinking than in the past. Thus, given the magnitude of alcohol-related problems, the economic cost of these problems, and the recent development of new drinking populations, a strong case can be made for increasing prevention strategies aimed at these groups. On the other hand, it should be stressed that adult males in Canada have the largest number of alcohol-related problems.

The statistics also suggest that certain kinds of alcohol-related problems may be appropriate targets for preventive actions. In particular, the large number of alcohol-related traffic accidents in all provinces points to impaired driving as an important focus for preventive programs. Emphasis on impaired driving further offers the opportunity for creative and effective cooperation among all levels of government, several departments of government, voluntary organizations, private citizens, and even the alcohol beverage industry.

Various observations on the relationship between alcohol and the family should further

preventive action. Family problems were the most frequently mentioned type of problem experienced by drinkers who responded to the Canada Health Survey. The presence of one or more alcoholic parents is a strong predictor of alcohol problems. And, while parents are powerful influences on the behaviour of their children, children can influence their parents' behaviour as well. Thus, educational programs aimed at both children and their parents are certainly desirable.

Finally, the differences noted among various jurisdictions in alcohol consumption, problems, and treatment also have implications for prevention. Specifically, each jurisdiction might develop its own unique approach to preventing alcohol problems in order to focus efforts on specific target groups and indigenous alcohol-related problems. Each jurisdiction is therefore urged to examine these statistics and others that they have at their disposal so as to develop preventive efforts that are most appropriate in their own setting. At the same time, it may be beneficial to take advantage of existing connections between jurisdictions to promote and share locally developed programs.

6.2 Implications for Treatment

As may be seen from the statistics, considerable non-specialized treatment for alcohol-related problems takes place in general health agencies. Moreover, Canadian studies have found that general practitioners are heavily involved in treating people with alcohol-related problems. Perhaps additional effort should be made to provide information and training for "gate keepers" in the general health system so that more of them can recognize and deal appropriately with the alcohol problems they encounter.

The apparent increase in use of formal treatment programs by females is noteworthy.

One wonders whether or not these programs, which have primarily dealt with male clients in the past, are equipped to deal with women, who may have different kinds of problems and require different treatment. A similar concern is raised about young people whose earlier drinking may increasingly bring them in contact with formal treatment programs unaccustomed to dealing with them. Thus, more effort should be expended to ensure that treatment programs meet the needs of such clients.

The information in this report and others indicates that only a small proportion of the people at risk, seek, are referred to, or are offered treatment. Methods should be developed to reach the large hidden population of heavy drinkers who create risks for themselves or others.

One of the implications of the information on treatment is that available resources need to be used more effectively. Also, additional resources that have low cost per unit (e.g., client contact) should be pursued. For example, self-help efforts together with religious, community, or work-place associations should be supported.

Finally, the considerable use of compulsory institutionalization for treatment in some provinces raises questions that need to be addressed. For instance, why is compulsory institutionalization obviously more favoured in some jurisdictions than others? How effective is compulsory treatment? What are the cost/social implications? What are the implications of compulsory treatment from a civil liberties perspective?

6.3 Implications for Research

(a) On Alcohol Consumption

Although this report represents an advance in the quantity and quality of data on alcohol consumption, there is a need to

continue efforts to improve these data. This is particularly so in that much of the new data presented here were obtained from the now completed Canada Health Survey. In particular, it might be desirable to carry out a national, in-depth survey of the drinking patterns of Canadians. Another option would be to conduct regional surveys and to include questions on drinking on other national surveys.

Further information is required on the factors involved in recent changes in the drinking habits of Canadians. In this context, a number of specific topics might be explored: investigation of possible shifts in beverage choice -- particularly the increase in wine consumption; the continuing high proportion of sales for home consumption despite the tremendous increase in the number of on-premise licences in many provinces; studies of the role of alcohol in day-to-day activities; and studies of the relationships between drinking and unemployment.

Trends and patterns in the accessibility of and demand for alcohol require ongoing monitoring and study. A preliminary activity might be that of stock-taking. Specifically, changes in legislation, regulations, procedures, etc., which are considered to have a clear potential for affecting the accessibility to alcoholic beverages, should be catalogued.

In addition, factors influencing demand should also be investigated: for example, trends in leisure, work, and general consumer habits should be examined along with changes in population. It is evident that in Canada and many countries the relationship between alcohol and entertainment, dining, tourism, business, hobbies, and sports has been changing. This line of research might also analyze shifts in the perception of acceptable and unacceptable drinking for a variety of social situations and events.

The minor fluctuations in the overall rates of consumption for the past decade have

not been thoroughly investigated to date. Further research is required to interpret the leveling off or dips in consumption. Studies in this area might take into account economic and social variables as well as changes in health awareness. Also, these studies should focus on time periods and locales where long-term patterns were interrupted.

The tradition of "natural experiments" used in Canada and elsewhere, especially Finland and Norway, should also be encouraged. These studies consider changes in policies, regulations, or alcohol distribution patterns and provide clear potential for examining local and short-term impacts on consumption levels and rates of alcohol-related problems. By refining methods and developing standardized instruments for national studies, the recurring issues of limited comparability between research reports and appropriate baseline data can be explored.

(b) On Consequences of Drinking

In view of the completion of the Canada Health Survey, continuation of national survey activity is warranted to increase the currently limited data on self-reported alcohol problems. This line of research would provide cross-sectional and eventually longitudinal information on beverage choice, drinking locale, volume and style of drinking, and the relationship of these variables to reported complications of alcohol use.

Further research on the role of alcohol in amplifying disruption in family, work, and public order is also justified. These studies might involve identification of indirect measures and a description of available data sets, with pilot studies of how to use the available data and improve the quality of reporting systems. National studies on the impact of alcohol on native peoples are also needed. While recognizing the importance of

such, we hope that the present lack of comprehensive statistics will be remedied in future empirical research.

Although a continuation of existing research traditions on both chronic and acute consequences of heavy consumption is valid, research based on the latter has not been as extensive as the former. Research is required into the manner statistics are generated and the ways that the alcohol component might be detected and specified. Also, pilot studies should be conducted, using indicators that are considered to be particularly sensitive to alcohol-related events or conditions. Casualty data derived from emergency departments of general hospitals with suitable comparison groups are one resource for exploring questions on this topic.

(c) On Treatment

Although this report contains information from specialized alcohol treatment centres in five provinces, this provides only a partial picture of the specialized treatment sector in Canada. Attempts should therefore be made to increase the number of facilities reporting to data collection systems and to standardize the basic data in these systems. In addition, attempts should be made to make individual level data available for analysis. This preparatory work would facilitate studies of the intra- and interprovincial trends and patterns of the volume and types of patients as well as the characteristics of the services available.

There is a need for more studies of treatment modalities and methods, particularly those methods involving low cost, short intervention, and the potential for affecting a large number of alcohol-dependent clients.

Very little is known about the impact of concurrent or consecutive treatment experiences on recovery rates. Data should be collected over relatively long periods for

panels of individuals, that is same individuals over a period of time in concurrent treatment programs and in consecutive treatment programs. Pilot studies of this kind could be used to develop more complex and accurate longitudinal studies. The goal of this type of research is to assess how treatment experience aids in recovery.

As indicated in Chapter 5, general hospital systems attend to many of the casualties of alcohol in Canada. The nature of the services they provide to people with alcohol-related problems is, however, less clear. Studies to examine the range and focus of the methods of treatment available, including their impact on recovery rates, are also needed.

Finally, research on the effectiveness of prevention approaches should be promoted. In particular, no new policies should be implemented without including an evaluation.

Chapter VII

DEVELOPMENT OF ALCOHOL POLICY

7.1 Introduction

The previous chapters of this report have dealt directly with alcohol in Canada as reflected in current statistics. It is, however, impossible to understand fully the meaning of this experience without some reference to the environment in which these trends are emerging. Accordingly, in this chapter, the authors have chosen to describe some important contexts that will affect initiatives into alcohol problems on national, provincial, and local levels. We fully appreciate that the discussion in this chapter does not represent a definitive or exhaustive statement, but we hope that it will contribute to a more effective response to the alcohol problem.

7.2 Priority Given to Alcohol Policy

It is noteworthy that at the World Health Organization Assembly in May 1983, in Geneva, a resolution supported by Canada was adopted calling upon member nations to formulate a comprehensive national policy to deal with alcohol-related problems. This recommendation is very pertinent to the development of effective responses to alcohol problems in Canada. In addition, it also poses a challenge to both the structure in which Canadian initiatives and programs naturally emerge. To address this resolution realistically, the issues and context of alcohol policy development in Canada must be seriously considered.

On a per capita basis, alcohol issues are probably as well represented in Canada as countries with similar or greater rates of consumption. Alcohol programs on education, treatment, research, and prevention are

evident nationally and in several parts of Canada. There are addiction foundations or agencies in almost all provinces or territories. This country has many interest groups: federal, provincial, and local bodies concerned with alcohol issues to varying degrees.

In many areas of endeavour related to alcohol consumption and problems, the contributions of Canadians are recognized and in some instances have served as models for other countries. There has, for instance, been a substantial body of research done by Canadians that is clearly relevant to policy questions. The impact, however, appears to have been greater on research activities in other countries than on policy initiatives in this country. That is not to say that there have been no Canadian policy initiatives in the alcohol field. There have, in fact, been a number, some of the recent ones being a task force on public education in the alcohol field; bans on alcohol advertising in some provinces; an attempt to negotiate a voluntary advertising code with the alcohol industry; reversals of the age of majority in a number of provinces; critiques of proposals to sell beer and or wine in grocery outlets; resistance to selling alcohol at sports events; and the exercise of local options to ban alcohol in some northern communities. These initiatives, however, have tended to be based on ad hoc considerations and not guided by an overriding perspective or orientation. If any perspective can be detected in the postwar era, it is one of gradual increases in accessibility of alcohol. It appears that in the absence of a clear policy and in light of persistent pressures from the alcohol industry and related sectors, the normalization of drinking and relaxation of control on access to alcohol became a policy by cumulative practice and not by design.

Policy initiatives by federal, provincial, and local agencies concerned with alcohol

problems have often gone unheeded, encountered stalemates or counterattacks, or led only to abridged or piecemeal versions of the initial proposals. In some instances, policy proposals have been made without the careful orchestration and preparation that would increase the chance of obtaining a "fair hearing". Also, policy suggestions have tended to be reactive rather than proactive -- for example, there have been critiques of recent changes in the distribution of alcohol rather than the provision of general principles and orientations for changes in the future. There is evidence that alcohol agencies are frequently left out of consultations on major changes in alcohol regulation.

Developing and promoting alcohol policy is clearly one of the most important tasks for those interested in the health implications of alcohol consumption. In many areas, initiatives will have to proceed in uncharted territories to achieve the desired outcomes. Since policy development and implementation appear to be at a rudimentary stage, considerable cooperation among agencies with similar basic interests will be required to initiate changes. There are substantial impediments to alcohol policy, and these will not be overcome unless policy development becomes a key focus of alcohol agencies in Canada.

7.3 Context for Policy

The Canadian context involves both piecemeal alcohol policy and constraints on new initiatives. This situation provides the opportunity for making changes to the regulations, consistent with popular demands and interests, political constraints, and/or established vested interests.

The current situation is likely to involve greater advantages for the sectors involved in the production, distribution, and sale of alcohol and the minority of the population who drink frequently and in large quantities.

The avoidance or ad hoc handling of alcohol issues, however, involves disadvantages, in both the short and the long run, for the population -- including both current drinkers and abstainers, and in particular those whose drinking entails risks and damage to their own health, as well as to others.

It is unlikely that the policy environment will change dramatically in the near future and even less likely that it will change in the absence of policy initiatives. The process of discussion, debate, and the refinement of basic proposals to make them workable may increase the public debate and interest in alcohol policy initiatives.

Overall, there are four major types of constraints on alcohol policy in Canada: historical, ideological, political, and empirical. Each will be discussed briefly in turn.

(a) Historical Constraints

Experiences from the recent past confuse policy initiatives. These include the recollections and interpretations of the prohibition era, moralistic and punitive attitudes toward excessive drinkers, perceptions that alcohol problems are primarily represented by the 'skid row drunk' or 'hopeless alcoholic,' and, as suggested above, exaggerated territorial claims based on inappropriate perspectives of alcoholism as a disease.

These orientations complicate policy initiatives and do not foster an in-depth analysis of controls on availability of alcohol or a focus on large scale alcohol problems. These orientations also have meant that the substantial damages to non-alcoholics arising from occasional heavy use or regular drinking has been underestimated.

Furthermore, the control of alcohol in Canada, particularly in the postwar era, has been eroded through gradual but persistent changes giving greater access to alcohol. This includes diversification and an increase

of beverage choices and drinking places, in conjunction with a normalization of alcohol use. Changes in consumer attitudes and behaviour appear to have been accompanied by relaxations in the regulations.

In Canada and other western countries, the industry involved in the production, promotion, and distribution of alcohol is dominated by multinational corporations. In some cases, such as the domestic beer market, there is considerable competition, both within this sector and with the spirits and wine markets, with key tactics involving frequent introduction of new brands, large-scale advertising campaigns, and pressures for relaxing or otherwise changing controls on distribution and sales.

These factors -- the increased access to alcohol, proliferation of beverage categories and brands, expansion of the number and types of outlets, and integration of drinking into almost all major spheres of personal and social life - do not provide an environment conducive to developing an integrated alcohol policy. Not only do these changes contribute to the rising rates of consumption in Canada over the last decades, but also, the expectations and drinking patterns that have evolved provide for an environment that is not particularly receptive to policy changes.

In an atmosphere where the overwhelming majority of changes have resulted in the perception of the normalization of drinking (drinking being the status quo), recommendations to avoid further increases in the currently high levels of consumption and to curtail further access to alcohol, are likely to be perceived as restrictive or regressive.

(b) Ideological Constraints

Over the past decades there appears to have been a largely unplanned but nevertheless systematic erosion of taboos against drinking in many contexts, which has led to

the normalization of alcohol use. It seems that people are now less likely to define their personal use of alcohol in terms of the mores of an institution, or religious or ethical standards. The adult individual is typically assumed to be solely or at least largely responsible for her or his actions with regard to drinking, whereas those considered to be alcoholics receive a partial exoneration from their responsibility for alcohol problems.

In view of increasing normalization and persistent ascription to and acceptance of individual responsibility for the use of alcoholic beverages, there is likely to be stiff opposition to policy proposals that deal with alcohol use and consequences on the whole. This is particularly true if implementation involves minor inconveniences for the light drinker or proves bothersome to the heavy drinker who may not yet have experienced problems.

The perceived rights of the majority (social drinkers) typically take precedence in deliberations, particularly when alcohol is already considered as an everyday 'normal' product for trade and consumption. The risks to society, the responsibility of governments for the health of the population, the costs of excessive use, and the rapidly increasing dangers and damage produced by a minority do not often enter into the equation.

In this climate, it is difficult to make a convincing case that overall attitudes toward drinking and drinking practices contribute significantly toward the prevalence of heavy drinking and types of alcohol-related damage in a jurisdiction. Effective primary prevention programs are not likely to find a favourable climate when the predominant orientation to alcohol use is an individualistic one.

(c) Political Constraints

Alcohol means different things to different sectors of society -- government,

industry, and local interest groups. At each stage, from production to distribution, sales, consumption, and handling of the social consequences, different interests and actors are involved. For example, the interests of bodies regulating production (quality, accurate labelling) are quite different from the interests of those regulating distribution or sales or of those seeking to alleviate damage caused by drinking.

Branches or departments of government have been known to operate relatively independently of each other, although from time to time there may be a basis for cooperation. For example, ministries overseeing distribution and sales may be the key actors in bringing changes to regulations that increase the potential for higher rates of consumption and consequently health problems and other risks.

Policy initiatives run the risk of encountering negative or mixed responses, particularly if their successful implementation involves several government bodies and agencies that usually operate independently of each other. These difficulties are not likely to be completely resolved. However, it is unlikely that much progress will be made unless there are central interministerial groups or committees responsible for assessing and planning alcohol policy.

(d) Empirical Constraints

Despite the growth of alcohol research and information collection in recent years, there remain several constraints affecting policy development. First and foremost, when those bodies responsible for policy are reluctant to undertake initiatives, the standards of "evidence" are likely to be higher than usual. For example, relaxing the control of alcohol tends to be ad hoc (or at least much less thorough than the justifications expected

with regard to retaining controls or initiating new ones). Also, proper assessment of initiatives in the alcohol area may be confounded by limited communication between those who initiate change and those who assess its impact. For example, changes in regulatory measures have been introduced without proper attention to the opportunities for collecting baseline data and monitoring responses.

Aggregate data, which are typically used in many research reports oriented to policy, do not help in dealing with local concerns. Information collection may focus on issues that are important in the long run but are out of step with the pressing issues of the day. Also, as suggested earlier, there may be little reliable information that can be obtained on short notice for new alcohol issues as they arise, e.g., alcohol and family problems.

The relevance and impact of the constraints outlined above will vary with the particular context in which policy initiatives are made, the policy under consideration, and the methods and techniques used in promoting the policy. While it is idealistic to assume that overcoming the constraints is a minor aspect of policy development, a number of avenues exist for dealing with these constraints, thereby improving the policy climate in Canada. These include identifying critical policy issues; taking advantage of natural allies; initiating community debate; and improving the relationship between research and action. These avenues are discussed in the following section and chapter.

7.4 Critical Policy Issues

In the face of a wide variety of requests for funding from a declining resource pool, there is a need to establish a clear social policy from which we can establish priorities for program development. For the most part, alcohol policy and programs are peripheral to

the central issues of government policy on the control and distribution of alcohol and its place in society. The issue for policy-making bodies is to determine whether or not to have a policy: on the one hand, formulating a policy will determine a position; on the other, the lack of policy permits ad hoc responses.

It is becoming increasingly evident that, because of fiscal and program limitations, it is beyond the capacity of any single agency to solve the multiple and complex alcohol-related problems in society today. The problems are multifaceted and do not lend themselves to singular solutions. There is need, therefore, for discussion, cooperation, and coordination among agencies and departments representing financial, legal, social, and health interests if there is to be in-depth perception of the problem. Multilateral policy development through coherent and consistent central government policy, is necessary to satisfy the needs and interests of various sectors. The policy question is whether to diffuse effort across a broad range of issues, to focus attention upon isolated issues, or to address major alcohol-related problems.

Given the current acceptance of alcohol by society, regulation of the distribution of alcohol through such means as licences, hours of sale, and on/off premise sale and availability is required. It is clearly in the producer's and distributor's interests to downplay any special status accorded to alcohol and seek normalization for its consumption. These interests need, however, to be balanced by the impact of alcohol upon lifestyle, (especially among young people), upon traffic safety, and upon health, even for those who consume relatively modest levels of alcohol on a persistent basis. The policy question is ultimately one of whether or not to accord special status to alcohol.

A case can be made for the reasonable marketing and distribution of the product.

The beverage industry uses media strategies to capture its share of the market and to convince consumers to use their product. Significant energy and resources are expended in these marketing campaigns. The policy question, however, is whether private industry should be allowed to set marketing objectives without reference to the public health consequences identified in this report.

Chapter VIII

PUBLIC DEBATE AND COMMUNITY INITIATIVES

8.1 Introduction

It is recognized that the data presented in this report are primarily national and provincial in scope and that the implications lend themselves to application at these levels. However, it can hardly be overemphasized that the problems are originally and most intensely experienced in local communities. Therefore, the participation of the community in a healthy and full public debate is essential if initiatives are to have their full impact. It would be unfortunate if communities did not recognize their capacity to influence change at their own and other levels.

This section will, accordingly, deal with some of the main considerations that communities may wish to take into account in developing effective responses to alcohol-related problems. In particular, it discusses selecting an appropriate perspective, creating community awareness, and taking action.

8.2 Selecting a Perspective

One of the first steps that a community must take in coming to grips with alcohol problems is to select an appropriate perspective for doing so. One perspective that can appeal to a wide variety of divergent and perhaps conflicting interests is the public health perspective. Briefly stated, the public health perspective consists of the relationship of three elements — the host, the agent, and the environment. The host represents individuals who may be at risk of alcohol-related problems, the agent refers to the alcohol itself, and the environment refers to both physical and social factors external to the individual. All of these elements must be

considered in any comprehensive attempt to deal with alcohol-related or other kinds of health problems.

There are a number of key principles of the public health perspective that can help maintain productive public debate on alcohol issues.

For one, the perspective requires that the broad health concerns of the community be addressed. In the case of alcohol, this would mean looking at alcohol problems in relation to other health and lifestyle issues of concern, such as smoking or nutrition. It would also mean studying the political, social, and economic forces that may help to produce alcohol problems.

Another principle of the public health perspective is that of controlling the hazards. In other words, intervention is only justified if there are genuine hazards that cause harm to individuals or communities. Each community will therefore have to decide if the hazards of alcohol are of sufficient magnitude to warrant intervention and if so, which specific hazards are of particular concern.

A third principle is a focus on the group or community rather than on the individual. This helps to avoid the undesirable consequence of singling out particular individuals for community action and thereby "blaming the victim". The emphasis rather is on what can be done to change the social, physical and attitudinal environment in which all members of the community live, so that certain groups of people are less likely to experience the hazardous effects of alcohol consumption.

A final principle is that of collective action. The public health perspective suggests that results can best be achieved by people working together rather than in an individual, uncoordinated manner.

8.3 Creating Community Awareness

Just as in the clinical management of individual cases, assessment of the problem is a critical factor in the denial, ownership, and eventual remediation of the community's alcohol-related problems. National and provincial data alone, as referenced in this report, will not serve singularly to motivate community response. Before the community can take action on these problems, it will have to assess its own experience with and opportunities to respond to the use and abuse of alcohol.

The first step then in any community response will be to validate its own experience and to verify whether the trends experienced elsewhere are also reflected locally and to what degree. To accomplish this, it will be necessary to obtain information from key community informants and to analyze local statistical data on consumption patterns, drinking mores, Liquor Act offences, impaired driving charges, hospital separations, and specialized alcoholism treatment referrals and interventions. From this will gradually emerge a recognizable pattern that will identify any convergence or divergence with provincial and national trends. This done, action can be taken to repeat the experience throughout the community and reinforce community awareness of the dimension and scope of its own problems. An informed community can then initiate some inventory of its own resources and coordinate and strengthen its capacity to respond to and identify the most appropriate and potentially successful programs and strategies. This second step can avoid duplication of effort and assist in learning from the evaluation of current and former responses to the problem. It will also serve to bring together some key community actors and to create a coalition of effort.

Finally, before a community proceeds headlong into action, it would do well to consider the limitations that face it. As is true of action at other levels, community action is constrained by the social policy context. Historical, ideological, political, and empirical constraints to policy development may also deter community action. The community needs to be aware of these constraints and recognize that action without reference to context may be counterproductive or end in frustration unless attempts are also made to create a supportive social and policy milieu. In addition to community awareness of the dimensions of the problem, community attitudes towards alcohol will also have to be assessed. While experience with alcohol may be unique to that community, it is clear that community attitudes are shaped by larger and more pervasive policies and mores in provincial and national jurisdictions. And since these policies influence community attitudes and may restrict community action, it is all the more necessary that local communities participate in the democratic process and formulate alcohol policy at a provincial and national level.

8.4 Taking Action

The factors noted below may have to be addressed either in concert, or depending on the local situation, in an order that differs from the one shown below.

(1) A clear and detailed presentation of the issues and their relevance to personal and civic interests is central to effective action. In general, unilateral and sweeping approaches to problems - e.g. bans or prohibition, offering all alcoholics the same treatment -- have been more clearly understood and debated than current proposals and initiatives on primary and secondary

prevention. Single issue campaigns where the key components can be understood by many people have the potential for attracting the widest support. However, in the alcohol field (as well as elsewhere), the most effective action may need to touch on complex issues. An important agenda for the policy-makers, educators, and promoters at the community and other levels is that of presenting the key elements of an issue in a way that is relevant and interesting to the audience.

(2) It is also particularly important that the leaders for the action are considered to have the credibility to speak or otherwise act on the issues. Depending on the locus of activity, official credentials may be of less importance than local respect and credibility. Credibility may not necessarily be tied to or limited to the specific issue; persons without particular expertise in the alcohol area may have a high degree of local and regional credibility. If they are not perceived as "experts", however, it is advisable for them to consult persons who are considered locally to have expertise on the issue.

(3) Identifying, linking up with, and forging alliances with persons or groups having similar general goals are critical to a successful campaign. With respect to alcohol, alliances are feasible with church groups, institutions and associations concerned with health and diet, anti-smoking groups, traffic safety organizations and associations promoting fitness. While independent, alcohol-specific efforts have the advantage of potentially greater control of both the focus and methods at the local level,

such efforts may be in competition for a scarce supply of popular support. Joint efforts with natural allies might increase the chance of success.

(4) Action also involves stimulating and maintaining interest and support. In addition to formal alliances with groups having comparable goals, informal campaigns at the one-to-one or small group level are particularly relevant to broadening the base of support. This may involve speaking to neighbours, friends, work associates, etc., as well as more formal initiatives otherwise known as lobbying. Through these actions, the issue under consideration can become a topic for informal discussion and can also make its way to the agenda of public debate, formal pronouncements, and activities by institutions.

However, there are both general and specific components for each of these: the sequence and coordination of activities to increase the potential for impact; methods and media used in presenting the issues and seeking support; handling criticism and opposition; retaining support and interest in the issue.

While it is beyond the scope of this chapter to make more than these basic suggestions, we believe that these important factors should at least be considered in both community and broader initiatives with regard to alcohol questions.

For further information and guidance on alcohol issues at the community level, readers may be particularly interested in the following two sources:

Rootman, I. and Moser, J. Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Responses. Geneva: World Health Organization, Offset Publications, 1984.

Canada. Getting Active on Overdrinking: An Action Guide for Groups. Department of National Health and Welfare Ottawa, 1983.

Chapter IX

CONCLUSION

This report presents a fairly comprehensive picture of alcohol problems in Canada. It has identified the need for better application of the data as well as for more and improved data, particularly at the community level. To some extent, this report and activities leading up to it, represent progress in these directions, in that they have involved the active cooperation of researchers and policy makers in a common enterprise. More can be done to encourage and facilitate this partnership. Researchers could make greater efforts to identify the information needs of policy makers and program planners and to gear their studies to fulfill these needs. They can also present their findings so that they are readily understandable.

For their part, policy makers and planners might pay more attention to the findings of research and the possible implications. What is needed is the ongoing commitment of researchers and policy makers to work together to resolve critical policy issues and to reduce the toll of alcohol-related problems in Canada.

It is hoped that the next report will reflect a continuation of this process so that Canadian policy makers and program planners can intervene more effectivly in alcohol-related problems, and the public can make better informed decisions. In the meantime, this report is a resource to those interested in reducing the adverse consequences of alcohol use in Canada.

SELECTED REFERENCES

Addiction Research Foundation. Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, Toronto: Addiction Research Foundation, 1982.

Beauchamp, D.E. "Exploring New Ethics for Public Health: Developing a Fair Alcohol Policy." Journal of Health Politics, Policy and Law (Fall): 338-354, 1976.

Beauchamp, D.E. Beyond Alcoholism: Alcohol and Public Health Policy. Philadelphia: Temple University Press, 1980.

Bruun, K. et al. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Study, 1975.

Canada. The Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada and Statistics Canada, 1981.

Canada. Special Report on Alcohol Statistics. Ottawa: Health and Welfare Canada and Statistics Canada, 1981.

Canada. Getting Active on Overdrinking: An Action Guide for Groups. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1983.

Day, Nancy. Alcohol and Mortality. Paper prepared for NIAAA, Contract No. NIA-76-10(P), Washington, 1977.

D'Arcy, C. and Bold, G. Alcohol and Drug Dependency. Saskatoon: Applied Research Unit, Psychiatric Research Unit, Psychiatric Research, Saskatchewan, 1981.

Giesbrecht, N. et al. Consequences of Drinking: Trends in Alcohol Problem Statistics in Seven Countries. Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.

Layne, N. Dialogue 5. Dialogue on Drinking. Ottawa: Health Services and Promotion Branch, National Health and Welfare, 1982.

de Lint, J. and Schmidt, W. Control laws and price manipulation as preventive strategies. In Room, Robin and Susan Shieffield (eds), The Prevention of Alcohol Problems - Report of a Conference. Sacramento, California: Office of Alcoholism, 1974.

MacDonald, G. and Bygott, J. Impact of Beverage Alcohol on the Criminal Justice System: A Pilot-Study. Toronto: Ontario Provincial Secretariat for Justice, 1978.

Makela, K. el al. Alcohol, Society and the State: A Comparative Study of Alcohol Control. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.

Marshman, J. et al. The Treatment of Alcoholics: An Ontario Perspective, Toronto: Addiction Research Foundation, 1978.

Moore, M.H. and Gerstein, D.R. (eds). Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. Washington: National Academy Press, 1981.

Moser, Joy. Prevention of Alcohol Related Problems, Toronto: Addiction Research Foundation, 1980.

Popham, R.E., and Schmidt, W. and de Lint, J. Government Control Measures to Prevent Hazardous Drinking. In Ewing, James A. and B.A. Rouse. Drinking. Chicago: Nelson-Hall, 1978.

Richman, A. and Neumann, B. Breaking the "Detox-hoop" for Repeated Readmissions to Alcohol Detoxification Programs, Social Detoxification. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York: May, 1983.

Rootman, I. and Moser, J. Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Responses. Geneva: World Health Organization, Offset Publications, 1984.

Schmidt, W. "Public Health Perspectives on Alcohol Problems with Special Reference to Canada." Toronto: Proceedings of the Canadian Addiction Foundation Conference June 1976.

Single, E., Giesbrecht, N., and Eakins, B. The Alcohol Policy Debate in Ontario in the Post-War Era. In Single, E., Morgan, P. and de Lint, J. Alcohol, Society, and the State. The Social History of Control Policy in Seven Countries. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.

Statistics Canada. Causes of Death. Ottawa: Catalogue No. 84-203, 1980-82.

Statistics Canada, Chapter 5 - Alcohol Treatment Programs. Ottawa: Mental Health Statistics, Volume I: Institutional Admissions and Separations, Catalogue Number 83-204.

Statistics Canada, The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada, 1979, 1980. Ottawa: Catalogue Number 63-202

Statistics Canada, Hospital Morbidity. Ottawa: Catalogue Number 82-206.

Sweden. Report 82. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: 1982.

World Health Organization. Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems: Development of National Policies and Program. Geneva: WHO 36.12, 1983.

Whitehead, Paul C. Young Drinkers: A Review of Recent Canadian Studies. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1984.

une perspective nationale

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

E R R A T A - L'ALCOOL AU CANADA

page 5, treizième ligne: a augmenté de 47%, non "27%"

page 14, partie 3.3, ligne 8: l'augmentation s'était établie à 2.2 litres ou à quelque 25 p. 100, non "3.15 litre ou à quelque 33 p. 100"

page 15, Tableau 1: substituer Total en litres (100% alcool), spiritueux en litres (100% alcool), Vin en litres selon le volume, Bière en litres selon le volume.

page 30, Graphique 6: Le titre devrait être "Pourcentage de la population qui sont buveurs actuels, selon le sexe, Canada et régions."

page 86, Tableau 13-1: Nombre total d'admissions pour troubles liés à l'alcool, selon le type d'admissions involontaires, Hôpitaux pour maladies mentales, Canada, 1978

Les pourcentages pour l'Île-du-Prince-Édouard et les chiffres et pourcentages pour la Nouvelle-Écosse ont été corrigés et sont indiqués ci-dessous par un astérisque:

	Île-du-Prince Édouard	Nouvelle Écosse	
ADMISSIONS INVOLONTAIRES	%	No.	%
Placements D'urgence	1	*6	2
Internements	*97	*235	*85
Par Décision du Lieutenant-Gouverneur	-	-	-
Par Mandat	2	*35	13
Autres	-	-	-
TOTAL	*100	276	100

Also available in English under the title
"Alcohol In Canada: A National Perspective."

L'ALCOOL AU CANADA :

UNE PERSPECTIVE NATIONALE

Préparé par

le Groupe de travail de
la statistique sur l'alcool

Publication autorisée par
le Ministre de la Santé
nationale et du Bien-être
social

1984

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles du Groupe de travail de la statistique sur l'alcool, et non pas forcément celles de Santé et Bien-être social Canada

TABLE DES MATIÈRES

		Page
LISTE DES TABLEAUX		xi
LISTE DES GRAPHIQUES		xiii
PRÉFACE		xv
REMERCIEMENTS		xvii
GROUPE DE TRAVAIL		xviii
CHAPITRES		
I	**INTRODUCTION : L'ALCOOL AU CANADA**	1
	1.1 OBJET DU PRÉSENT RAPPORT	1
	1.2 PORTÉE DU RAPPORT	3
II	**RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS**	4
	2.1 INTRODUCTION	4
	2.2 CONSOMMATION D'ALCOOL	4
	2.3 PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL	7
	2.4 TRAITEMENT	9
III	**LA CONSOMMATION D'ALCOOL**	13
	3.1 INTRODUCTION	13
	3.2 COMPARAISONS À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE	13
	3.3 TENDANCES RÉCENTES DE LA CONSOMMATION	13

3.3.1	Tendances générales de la consommation de 1975 à 1980, Provinces et Territoires	17
3.3.2	Tendances générales de la consommation de bière, de spiritueux et de vin	18
3.3.3	Consommation de bière, de spiritueux et de vin, selon les provinces et territoires, de 1975 à 1980	20
3.4	LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU CANADA: RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SANTÉ CANADA	27
3.4.1	Habitudes de consommation, selon l'âge et le sexe	28
3.4.2	Caractéristiques régionales	29
3.4.3	Précisions concernant la fréquence	29
3.4.4	Consommation et caractéristiques socio-démographiques	32
IV	**PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL**	35
4.1	INTRODUCTION	35
4.2	MORTALITÉ LIÉE À L'ABUS DE L'ALCOOL	36
4.2.1	Comparaisons entre les provinces	40
4.2.2	Rapport entre la mortalité masculine et la mortalité féminine	40
4.2.3	Mortalité attribuable à la cirrhose	41

4.3	ALCOOLISME	45
4.4	ACCIDENTS MORTELS DE LA CIRCULATION CAUSÉS PAR L'ABUS DE L'ALCOOL	49
4.4.1	Risques relatifs selon l'âge et le sexe	49
4.5	PROBLÈMES ASSOCIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL ET SIGNALÉS PAR LES BUVEURS	50
4.5.1	Particularités régionales	52
4.5.2	Selon l'âge et le sexe	53
4.5.3	Caractéristiques socio-démographiques	54
V	**PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME**	58
5.1	INTRODUCTION	58
5.2	SOURCES D'AIDE	58
5.3	PROGRAMMES SPÉCIALISÉS DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME	61
5.3.1	Introduction	61
5.3.2	Sexe des clients	63
5.3.3	Âge des clients	63
5.3.4	Statut professionnel des clients	67
5.3.5	Durée du traitement	68

5.3.6 Centre de soins en établissement pour alcooliques et autres toxicomanes 72

5.4 HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET HÔPITAUX 73

5.4.1 Introduction 73

5.4.2 Caractéristiques des établissements 73

5.4.3 Radiations selon le sexe 80

5.4.4 Radiations selon l'âge 80

5.4.5 Durée du séjour à l'hôpital 80

5.4.6 Méthode d'admission 83

5.4.7 Cirrhose 84

VI **MESURES REQUISES** 89

6.1 RÉPERCUSSIONS SUR LA PRÉVENTION 89

6.2 RÉPERCUSSIONS SUR LES TRAITEMENTS 92

6.3 RÉPERCUSSIONS SUR LA RECHERCHE 94

VII **ÉTABLISSEMENT D'UNE POLITIQUE EN MATIÈRE D'ALCOOL** 99

7.1 INTRODUCTION 99

7.2 COTE PRIORITAIRE ACCORDÉE À LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ALCOOL 99

7.3 CONTEXTE DE L'ÉTABLISSEMENT D'UNE POLITIQUE 102

7.4 QUESTIONS DE POLITIQUE REVÊTANT UNE IMPORTANCE CAPITALE 109

VIII **DÉBAT PUBLIC ET INITIATIVES COMMUNAUTAIRES** 112

8.1 INTRODUCTION 112

8.2 SÉLECTION D'UNE PERSPECTIVE 112

8.3 CRÉATION D'UNE CONSCIENCE COMMUNAUTAIRE 114

8.4 MESURES À PRENDRE 116

IX **CONCLUSION** 121

BIBLIOGRAPHIE 123

LISTE DES TABLEAUX

1. Consommation d'alcool dans différents pays, 1980.

2. Répartition des types de buveurs, Canada, 1978/79.

3. Buveurs habituels, selon l'âge et le sexe.

4. Buveurs habituels, selon l'état matrimonial, le revenu familial et le statut professionnel.

5. Taux de mortalité attribuable à la maladie chronique du foie et à la cirrhose, par personne agée de vingt ans et plus, selon les provinces, 1979 et 1980.

6. Nombre estimatif des décès liés a l'usage de l'alcool et taux estmatif des morts accidentelles, selon l'âge et le sexe, Canada, 1980.

7. Problèmes associés à la consommation d'alcool chez les buveurs habituels, selon le type de problèmes, (répartition en pourcentage), Canada, 1978/79.

8. Problèmes associés à l'usage de l'alcool, selon la province, Canada, 1978/79.

9. Problèmes associés à la consommation d'alcool, selon l'âge, l'état matrimonial, le revenu familial et la situation sur le plan de l'emploi, Canada, 1978/79.

10. Types de sources d'aide.

11. Centres de soins en établissement pour alcooliques et autres toxicomanes.

12. Radiations par troubles liés à l'alcool, par jours de soins, hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, 1972, 1976, 1980/1981.

13. Total d'admissions, troubles liés à l'alcool, selon le type d'admission involontaires, Canada, 1978.

14. Cirrhose, radiations hôpitaux généraux, Canada, 1972-1978.

LISTE DES GRAPHIQUES

1. Consommation per capita d'alcool absolu, selon le genre de boisson, Canada, 1970-1980.

2. Consommation per capita d'alcool absolu, selon la province, Canada, 1970-1980.

3. Consommation per capita de bière, selon la province, Canada, 1970-1980.

4. Consommation per capita des spiritueux, selon la province, Canada, 1970-1980.

5. Consommation per capita du vin, selon la province, Canada, 1970-1980.

6. Pourcentage de la population qui sont buveurs actuels et qui boivent 14 consommations et plus par semaine selon le sexe, Canada et régions, 1978-79.

7. Problèmes liés à l'abus de l'alcool: répercussions pour le buveur, sa famille et la collectivité.

8. Estimation des décès dus à la consommation d'alcool, Canada, 1980.

9. Taux de décès liés à la consommation d'alcool, selon la province, pour la période de deux ans, Canada, 1979-1980.

10. Ratios des hommes par rapport aux femmes pour les taux de décès liés à la consommation d'alcool selon la province, pour la période de deux ans, Canada, 1979-1980.

11. Mortalité par suite de cirrhose, selon l'âge et le sexe, Canada, 1970-1980.

12. Nombre estimé d'alcooliques (selon la formule Jellinek), Canada, 1965-1980.

13. Répartition proportionnelle des admissions, selon le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82.

14. Répartition proportionnelle des admissions, selon l'âge, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82.

15. Répartition proportionnelle des admissions, selon le statut professionnel, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82.

16. Répartition proportionnelle des admissions, selon la durée du traitement, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82.

17. Radiations, problèmes de l'alcoolisme, selon le genre d'établissement, Canada, 1972-1980/81

18. Hôpitaux généraux, radiations, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81.

19. Hôpitaux pour maladies mentales, radiations, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81.

20. Radiations, problèmes de l'alcoolisme, selon le genre d'établissement et la durée du séjour, Canada, 1972, 1976 et 1980/81.

21. Hôpitaux pour maladies mentales, répartition proportionnelle des admissions, problèmes d'alcoolisme, selon la province et le genre d'admission, Canada, 1976-1978.

PRÉFACE

Dans notre société, l'alcool et tout ce qui l'entoure constitue une réalité complexe et délicate. Source de bien-être pour un grand nombre de Canadiens, source d'emplois pour certains et source de revenus pour l'État, l'alcool ne cause pas moins de graves problèmes médicaux, émotifs et sociaux à de nombreuses personnes et groupes de personnes.

Étant donné la multiplicité des facettes de cette question, il faut faire un examen attentif de la consommation de l'alcool et de ses conséquences pour pouvoir y réagir aux niveaux local, régional et national. Le présent rapport fournit des données quantitatives qui donnent la mesure et expliquent la nature des problèmes causés par l'alcool. Il guidera le corps médical, les législateurs et les autres professionnels concernés dans la voie des décisions qu'ils devront prendre en matière de prévention et de traitement des problèmes d'alcool. Ce rapport national sur l'alcool accroîtera nos connaissances des problèmes liés à l'alcool et indiquera les secteurs où il serait possible d'agir.

Le Sous-comité fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues s'est d'abord intéressé à la question de la statistique sur l'alcool, intérêt qui s'est traduit par l'établissement en 1976 du Groupe de travail de la statistique sur l'alcool qui a remis son rapport en 1978. Par la suite, il y a eu l'établissement du Comité d'experts des statistiques sur l'alcool qui, entre autres intiatives, a publié le Rapport spécial sur la statistique concernant l'alcool (1981).

Santé et Bien-être social Canada a subséquemment constitué un groupe de travail en 1982 et l'a chargé de rédiger le présent document.

Le présent rapport est une mise à jour du Rapport spécial et, en tant que tel, il témoigne de la poursuite des efforts entrepris pour continuer de fournir aux intéressés une information sans cesse améliorée sur laquelle ils pourront fonder leurs politiques et leurs décisions en ce qui concerne les programmes. Ce document complète également le rapport précédent en ce sens que les auteurs se sont efforcés d'interpréter les données statistiques qui y sont présentées, et de traiter des politiques et des programmes liés à la question de l'alcoolisme au Canada.

Le présent rapport constitue par ailleurs un pas de plus dans la collaboration entre les divers intervenants du domaine de l'alcool. On constatera la diversité des intérêts et des points de vue représentés en consultant la liste des membres du groupe de travail : des ministères fédéraux, des organsimes provinciaux et des universités canadiennes y figurent. Des personnes de diverses disciplines, depuis les sciences sociales et la médecine jusqu'à la rédaction de politiques, et provenant de toutes les régions du pays, en faisaient partie.

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été rédigé par le Groupe de travail de la statistique sur l'alcool. Nous aimerions également remercier les membres du Sous-comité fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues pour leurs observations constructives au sujet du rapport.

Nous sommes reconnaissants à Lina Calamo-Rinaldi pour la révision du texte, et à Guy Chantigny et Renée Saumure qui se sont chargés de la présentation graphique. Nous adressons des remerciements particuliers à Claire Pelletier, Eilleen Wanke, Françoise Ladouceur, Prem Khosla, Bill Bradley et au Laboratoire de lutte contre la maladie pour leur participation à l'informatisation des données statistiques; à Janet Clarke et Lise Latulippe qui ont assumé les tâches de secrétariat; à Rita Lavictoire, responsable du traitement de mots; à Thérèse Sarault, Liliane Dombrowski et Ginette Nadeau qui ont assuré la traduction du document; à Jim Turner qui a conçu l'illustration de la page couverture, et enfin, à Leslie Flynn qui en a coordonné la production.

Nous aimerions remercier l'Addiction Research Foundation de l'Ontario, l'université Carleton, l'université Dalhousie, l'université Laval, la Saskatchewan Alcoholism Commission et le ministère de la Santé de la Saskatchewan et Statistique Canada d'avoir gracieusement mis du temps et des ressources à la disposition de leur personnel pour qu'il puisse participer à ce travail. Nous sommes particulièrement reconnaissants envers l'Addiction Research Foundation de nous avoir donné accès aux statistiques de leur rapport annuel en cours de préparation.

GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail qui a rédigé le présent rapport était composé des personnes énumérées ci-après :

Dr Florence Andrews
Professeur adjoint de sociologie
Université Carleton
Ottawa (Ontario)

Mme Manuella Adrian
Chef
Unité de l'information statistique
Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie
Toronto (Ontario)

Dr Carl D'Arcy
Directeur
Unité de la recherche psychiatrique
Saskatoon (Saskatchewan)

Dr Norman Giesbrecht
Scientifique
Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie
Toronto (Ontario)

M. Brian Kearns
Directeur exécutif
Saskatchewan Alcoholism Commission
Regina (Saskatchewan)

Dr Neville Layne
Biostatisticien
Direction de la promotion de la santé
Santé nationale et bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr S. Radouco-Thomas
Chef de l'unité R.A.D.A.
Faculté de médecine
Université Laval
Sainte-Foy (Québec)

M. John Reid
Directeur suppléant de la recherche
Saskatchewan Alcoholism Commission
Regina (Saskatchewan)

Dr Alex Richman
Professeur de psychiatrie et de médecine préventive
Faculté de médecine
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

M. Rod Riley
Directeur de programme
Programme d'hygiène mentale
Division de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)

Dr Irving Rootman
Chef, Études sur la promotion de la santé
Direction de la promotion de la santé
Santé nationale et bien-être social
Ottawa (Ontario)

Chapitre 1

INTRODUCTION : L'ALCOOL AU CANADA

1.1 Objet du présent rapport

Au cours des années qui ont suivi la Prohibition, et plus particulièrement la Seconde Guerre mondiale, l'alcool est devenu la fibre sociale de notre civilisation. Ce phénomène tient au fait que les boissons alcooliques sont de plus en plus accessibles et aussi mieux acceptées par la société. Les tabous ont à peu près tous disparu. Bref, la consommation d'alcool est maintenant une chose "normale" au Canada.

Tant à l'échelle nationale qu'internationale, l'alcool est de plus en plus reconnu comme constituant un problème grave sur les plans social et sanitaire. L'augmentation de la production et de la consommation d'alcool au cours des trente dernières années a placé les gouvernements, à tous les paliers, devant un dilemme. Les revenus provenant de la vente de boissons alcooliques, bien que ces derniers ne soient pas négligeables, représentent une proportion de moins en moins grande des recettes fiscales. Par ailleurs, l'industrie de l'alcool constitue un élément clé de l'économie de chaque région, parce qu'elle joue un rôle important au chapitre de la création d'emplois et de la consommation de services et de matières premières et qu'elle constitue une source de revenu pour les industries connexes telles que la publicité, l'hôtellerie et le tourisme.

Voici un exemple. Au cours de 1979-1980, les recettes fiscales provenant de la vente de boissons alcooliques au Canada se sont élevées à 2,2 milliards de dollars, dont 0,7 milliard pour le gouvernement fédéral et 1,5 milliard pour les gouvernements provinciaux. La même année, les brasseries, distilleries et industries productrices de vin au Canada employaient quelque 19 milliers de

travailleurs dont les salaires s'élevaient à environ 390 millions de dollars. Pour ce qui est de la production et du transport des boissons alcooliques, les producteurs ont acheté pour une valeur de 680 millions de dollars de matériaux, de fournitures, de combustibles et d'électricité. L'industrie de l'hôtellerie a employé environ 172 milliers de travailleurs et ses recettes se sont établies à 4 milliards de dollars, dont 1,2 milliard, soit environ 29 p. 100, provenaient de la vente de boissons alcooliques. Nous ne citons ces chiffres que pour mieux mettre en relief la place de choix qu'occupe l'industrie de l'alcool dans l'activité économique du pays.

Mais que sont ces avantages économiques si on les compare au coût énorme de l'alcoolisme? Environ un décès sur dix, et cinquante pour cent de toutes les pertes de vie dues aux accidents de la route sont, directement ou indirectement, attribuables à l'alcool. De plus, près de dix pour cent des buveurs éprouvent, au cours d'une année, une forme quelconque de problèmes, soit dans leurs rapports avec les membres de leur famille, soit sur le plan de leur santé, de leur sécurité et de celle de leur entourage, sans compter les démêlés avec la justice et le rendement médiocre au travail ou à l'école. Tous ces problèmes ont un lien direct avec les quantités d'alcool consommées. Plus on boit, plus on est exposé à avoir des problèmes.

Il est indéniable que la consommation abusive d'alcool a des conséquences graves, tant du point de vue social que médical et économique. Aussi, les gouvernements cherchent-ils à réduire les coûts alarmants de l'alcoolisme. Pour y arriver, ils devront s'attaquer au dilemme que pose l'équilibre à atteindre entre les divers intérêts d'ordre économique d'une part, et la protection de la santé des citoyens d'autre part. La tâche est d'autant plus difficile que la consommation

d'alcool est aujourd'hui un fait accepté par l'ensemble de la population.

1.2 Portée du rapport

Le présent rapport porte sur trois des principaux aspects de l'alcool : la consommation, les problèmes liés à l'alcool, et les programmes de traitement, lesquels sont résumés au chapitre II.

Les données sur la consommation indiquent les tendances récentes pour ce qui est de la bière, des spiritueux et du vin, tant à l'échelle nationale que provinciale, de même que le rang qu'occupe le Canada à cet égard par rapport aux autres pays. Le rôle de l'alcool sur les taux de mortalité au pays, et les problèmes d'ordre médical, familial et juridique qu'il entraîne, ainsi que les problèmes de rendement au travail et à l'école sont examinés en détail. On aborde ensuite les divers services et programmes de traitement offerts aux alcooliques en fonction de l'âge, du sexe, de la situation professionnelle du client et de la durée du séjour.

Dans la dernière partie du rapport, nous traitons de ses répercussions tant sur la planification des programmes de prévention et de traitement que sur la recherche future. Enfin, nous analysons l'orientation de la politique canadienne en matière de lutte contre l'alcoolisme et nous proposons divers moyens d'intervention à l'échelle communautaire.

Chapitre II

RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS

2.1 Dans le présent chapitre, nous examinons les principales constatations présentées dans les trois chapitres suivants. Ces constatations portent sur la consommation d'alcool, les problèmes liés à l'alcool et les modes de traitement.

2.2 Consommation d'alcool

Parmi les trente-cinq pays industrialisés examinés, le Canada occupe une place intermédiaire pour ce qui est de la consommation per capita d'alcool (16e), bien qu'il se range dans les tout premiers rangs pour ce qui est de la consommation de spiritueux (4e) et de bière (11e). Comparé à d'autres pays, le Canada n'est pas un gros consommateur de vin (28e), bien que sa consommation de vin se soit accrue de 1975 à 1980, tandis que celle des spiritueux et de la bière a légèrement décliné.

De 1970 à 1978, le taux de consommation a augmenté, après quoi il est demeuré stable pendant trois ans. On notait, cependant, des différences entre des provinces et des territoires particuliers : certains ou certaines enregistraient une augmentation, d'autres une diminution et d'autres peu ou pas de changement. Quoi qu'il en soit, la majorité des provinces et territoires ont connu une augmentation de leur taux moyen de consommation entre 1975 et 1980 plutôt que le contraire. Qui plus est, les provinces et territoires où l'on a relevé les taux les plus élevés, pour la consommation per capita d'alcool étaient aussi les plus susceptibles d'avoir connu une augmentation de leur taux de consommation.

La moitié de tout l'alcool pur consommé au Canada en 1980 a été absorbé sous la forme de bière, 37 p. 100 sous la forme d'eau de vie distillée et 13 p. 100 sous la forme de vin. Bien que dans l'ensemble la consommation de bière ait diminué de 4 p. 100 de 1975 à 1980, elle a augmenté dans quatre provinces. Parallèlement, la consommation de spiritueux a augmenté dans quatre provinces, pendant que la consommation globale au Canada diminuait de 2 p. 100. Au cours de la même période, la consommation de vin a augmenté de 27 p. 100 au Canada, cette augmentation étant plus manifeste dans huit provinces ou territoires. Toutefois, comme la consommation de vin représente seulement une petite partie de la consommation globale de boissons alcooliques au Canada, même une forte augmentation de la consommation de vin ne pourrait contribuer de façon notable à une augmentation de la consommation globale d'alcool.

Selon les données de l'Enquête Santé Canada de 1978-1979, environ les deux tiers des Canadiens adultes se rangeaient dans la catégorie des buveurs actuels, puisqu'ils déclaraient consommer des boissons alcooliques au moins une fois par mois. Seulement 12 p. 100 des Canadiens affirmaient n'avoir jamais bu de boissons alcooliques, et 4 p. 100 avoir déjà bu de l'alcool mais s'en être abstenu au cours de l'année écoulée. Pour tous les groupes d'âge, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer qu'ils consommaient de l'alcool et qu'ils avaient l'habitude de boire, mais l'écart entre les sexes était moindre chez les catégories d'âge inférieures et augmentait de façon continue avec l'âge. Les données de l'enquête indiquaient aussi que les jeunes gens commencent maintenant à boire plus jeunes que les générations précédentes. Toutefois, la proportion des buveurs actuels était plus faible chez les plus jeunes et les plus âgés et était à son maximum chez les adultes de 20 à

24 ans. On notait une brusque augmentation des proportions des buveurs actuels et habituels entre le groupe des jeunes n'ayant pas encore atteint la vingtaine et celui des jeunes dans la vingtaine, dans lequel 12 p. 100 des hommes et 3 p. 100 des femmes de 20 à 29 ans déclaraient boire tous les jours. Chez les plus de 65 ans, où l'on notait la plus forte proportion de personnes s'abstenant de boire, une importante proportion des hommes déclaraient boire tous les jours (21 p.100).

On notait une augmentation continue de la proportion des buveurs actuels d'est en ouest. Il semble cependant que les écarts entre les régions trouvent leur explication dans les différences concernant la proportion des femmes qui consomment de l'alcool, l'Ouest canadien étant la région où cette proportion est la plus élevée.

Les différences dans les habitudes de consommation étaient associées à l'état civil, au revenu familial et au statut professionnel. En termes plus précis, on a pu constater que chez les hommes ce sont les célibataires qui étaient les plus susceptibles d'être des buveurs actuels (89 %), tandis que chez les femmes, ce sont les divorcées qui étaient le plus susceptibles d'appartenir à cette catégorie (66 %). On constatait une proportion beaucoup plus importante de buveurs actuels chez les veufs (74 %) que chez les veuves (33 %). La proportion des buveurs actuels était d'autant plus forte que le revenu et le statut professionnel étaient élevés. Chez les hommes, c'est dans le groupe des chômeurs qu'on enregistrait la plus faible proportion de buveurs (71 %), tandis que chez les femmes, c'est dans le groupe des cols bleus qu'on enregistrait la plus faible proportion de personnes faisant usage d'alcool (51 %). La proportion des buveurs actuels était aussi faible chez les chômeurs que chez les chômeuses. Tant chez les chômeurs que chez les chômeuses (56 %), on notait une sous-représentation des buveurs actuels.

Problèmes liés à l'alcool

On estime que l'alcool a été une cause directe de décès dans un peu plus de 200 cas de décès survenus en 1980 et une cause indirecte dans plus de 5500 cas. On estime en outre que 10 310 autres cas de décès étaient associés à l'alcool, ce qui porte à près de 18 000 l'estimation du nombre total de décès associés à l'alcool en 1980, soit environ un cas sur dix pour cette année-là. La proportion à l'échelle nationale des décès directement associés à l'alcool en 1979-1980 s'établissait à 14,4 par 100 000. Quatre provinces ou territoires enregistraient des proportions supérieures à la proportion nationale.

Le taux des décès associés à l'alcool était en 1979-1980 deux fois et demi plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui ne représentait aucun changement par rapport aux statistiques enregistrées de 1975 à 1978. Dans les provinces où les taux de consommation per capita étaient les plus élevés, le rapport entre le nombre de décès associés à l'alcool chez les hommes et chez les femmes était relativement plus petit que dans les autres provinces.

De 1975 à 1980, le taux de mortalité par cirrhose a décliné tant chez les hommes que chez les femmes, et tout particulièrement dans le groupe des 25 à 54 ans. Sur douze provinces et territoires, neuf ont enregistré des déclins, déclins qui s'expliquent bien quand on sait qu'il y a eu stabilisation de la consommation per capita d'alcool pendant cette période. On a estimé, en se fondant sur le nombre de décès par cirrhose, qu'il y avait environ 600 000 personnes dépendantes de l'alcool au Canada en 1980, ce qui représente un taux d'environ 5 p. 100 de buveurs actuels. Ce sont les provinces les plus riches et les plus industrialisées qui étaient les plus susceptibles de connaître les taux les plus élevés de décès par cirrhose.

En 1980, on a estimé à 2700 le nombre des accidents de la route dans lesquels l'alcool avait joué un rôle. C'est le groupe des 15 à 24 ans de l'un et l'autre sexe qui remportait la palme pour ce qui est du taux d'accidents de la route associés à l'usage de l'alcool. Précisons cependant que le taux était cinq fois plus élevé du côté masculin que du côté féminin.

Dans l'Enquête Santé Canada, près de 10 p. 100 des répondants rangés dans la catégorie des buveurs actuels déclaraient avoir fait l'expérience d'au moins un problème associé à l'usage de l'alcool au cours de l'année écoulée. Les hommes qui consomment de l'alcool étaient deux fois plus susceptibles que leurs contreparties de l'autre sexe de signaler ce genre de problème. Le type de problème le plus fréquemment signalé, tant du côté des femmes que du côté des hommes qui consomment de l'alcool, avait trait "à des tensions ou à des différends avec parents ou amis" (environ 8 p.100 chez les hommes et 4 p.100 chez les femmes). Les problèmes de santé constituaient le deuxième type de problème le plus souvent mentionné par les buveurs actuels (environ 3 p.100 chez les hommes et 2 p.100 chez les femmes), après quoi venaient, dans l'ordre, les difficultés liées à la conduite automobile, les blessures infligées à soi ou à quelqu'un d'autre, les démêlés avec la justice et les problèmes au travail ou à l'école.

Les buveurs actuels du groupe des 15 à 24 ans étaient plus susceptibles que leurs aînés d'avouer connaître des problèmes liés à l'usage de l'alcool. Qui plus est, les buveurs célibataires étaient plus susceptibles que les buveurs mariés de signaler des problèmes, bien que cet état de choses puisse être attribué à leur plus jeune âge. On a remarqué que parmi les buveurs actuels les personnes séparées présentaient immanquablement de fortes proportions de problèmes associés à l'alcool.

Les buveurs à faible revenu étaient plus susceptibles que les buveurs à revenu plus élevé de connaître des problèmes liés à l'alcool, et ce surtout du côté des hommes. En outre, les chômeurs présentaient des taux plus élevés de problèmes associés à l'alcool que les personnes ayant un emploi. Du côté des hommes faisant usage d'alcool, les cols bleus signalaient des taux plus élevés de problèmes liés à l'alcool que les cols blancs. Les gestionnaires ou les professionnels appartenant au groupe des buveurs actuels étaient les moins susceptibles de tous de signaler des problèmes liés à l'alcool. Ces constatations sont corroborées par des données constantes et attestent que les groupes à revenu et à statut élevés, bien qu'ils soient plus susceptibles de boire que les groupes à revenu et à statut inférieurs, sont moins portés à signaler des problèmes associés à l'alcool que ces derniers.

Les provinces et territoires qui enregistrent une consommation élevée d'alcool ont aussi tendance à présenter un taux élevé de décès attribuables à l'alcool, constatation que corroborent les données internationales sur le sujet. Les provinces où il se consomme beaucoup d'alcool sont aussi, comme on a pu le constater, plus susceptibles que les autres de présenter un nombre élevé d'infractions liées à la conduite en état d'ébriété de même que des taux élevés de morbidité par cirrhose.

2.4 Traitement

Au Canada, les problèmes associés à l'alcool font l'objet de traitement dans divers établissements, tant dans le réseau officiel de soins qu'en marge de ce dernier, et tant dans des services offrant des soins spécialisés que non spécialisés. Malheureusement, on ne dispose pas de données sur tous ces types d'établissements. Aussi le rapport présente-t-il des statistiques passablement exhaustives

concernant les hôpitaux généraux et psychiatriques de 1973 à 1981, mais seulement des données partielles concernant les centres spécialisés relevant de la compétence des fondations et commissions provinciales s'intéressant à l'alcool dans cinq provinces canadiennes pour 1981/1982. On ne dispose d'aucune donnée concernant les établissements de traitement qui n'appartiennent pas au réseau officiel de soins.

Au cours des années 1970, le nombre des personnes ayant obtenu leur congé après avoir été traitées pour des problèmes associés à l'alcool a, dans l'ensemble, augmenté dans le cas des hôpitaux généraux et diminué dans le cas des hôpitaux psychiatriques. Cette tendance s'est vérifiée dans toutes les provinces, sauf une. Pour toutes les années examinées, le nombre de congés accordés à des personnes traitées pour des problèmes associés à l'alcool était trois fois plus élevé pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques, et ce rapport s'est amplifié au cours de la période examinée.

Comme en font foi les données recueillies, il s'est produit entre 1972 et 1981 une forte augmentation du nombre de congés accordés à des patientes traitées pour des problèmes associés à l'alcool dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, bien que les hommes aient là encore été quatre fois plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés dans ce genre d'établissement pour des problèmes associés à l'alcool. L'âge moyen des personnes qui ont reçu leur congé pendant la décennie est resté passablement stable.

Pendant la dernière moitié des années 1970, les admissions involontaires dans des établissements spécialisés dans le traitement des troubles associés à l'alcool ont diminué dans la plupart des provinces. Certaines provinces, néanmoins, ont enregistré un plus grand nombre d'admissions involontaires que volontaires pour des troubles associés à l'alcool. La méthode la plus couramment

utilisée pour les admissions involontaires est celle du placement (hospitalisation obligatoire en vertu d'une loi provinciale en matière d'hygiène mentale).

Dans les années 1970, il s'est produit une augmentation générale du nombre de congés accordés à des patients qui avaient été hospitalisés dans des hôpitaux généraux pour une cirrhose, cette augmentation étant quelque peu plus marquée pour les femmes que pour les hommes. La durée moyenne du séjour à l'hôpital de ces patients a décliné légèrement pendant la période considérée. La majorité d'entre eux (60 %) avaient entre 45 et 64 ans. Une enquête menée en 1980-1981 auprès de moins de la moitié des établissements de soins spécialisés résidentiels pour alcooliques et toxicomanes au Canada a révélé que plus de 30 000 personnes avaient reçu leur congé de ce genre d'établissement au cours de la période considérée.

Selon les données actuelles provenant des programmes de traitement spécialisés mis en oeuvre dans les cinq provinces qui ont fourni des informations pour 1981-1982, le rapport hommes-femmes chez les participants à ces programmes s'établissait à 2,5 pour 1. C'est dans le cadre des programmes prévoyant un séjour prolongé en établissement qu'on retrouvait la plus forte concentration d'hommes et dans les programmes de consultation externes qu'on retrouvait la plus forte proportion de femmes.

Les clients des programmes de traitement spécialisés appartenaient surtout au groupe des 35 à 49 ans, groupe suivi de près par celui des 20 à 34 ans. Néanmoins, les programmes de soins de jour et externes avaient tendance à regrouper des clients plus jeunes que les autres types de programmes spécialisés, tandis que les programmes de désintoxication et de soins prolongés en établissement étaient plus susceptibles de regrouper des clients plus âgés (50 ans et

plus). On constatait peu d'écart entre l'âge des clients de l'un et l'autre sexe des programmes de soins de jour et externes.

On retrouvait davantage de jeunes femmes que de jeunes hommes parmi les clients des programmes de soins en établissement, et tout particulièrement des programmes de désintoxication.

Les clients des programmes de traitement spécialisés avaient tendance à être chômeurs, et ce de façon plus prononcée dans le cas des programmes de soins prolongés en établissement et de désintoxication; ce facteur était plus souvent observé chez les hommes que chez les femmes.

La majorité des clients des programmes de désintoxication laissaient les programmes dans les quatre premiers jours, tandis que plus de la moitié des clients des programmes de soins de courte durée en établissement poursuivaient leur séjour pendant plus de seize jours, les hommes étant plus susceptibles que les femmes de demeurer plus longtemps encore. Dans le cas des programmes de soins de jour, environ les quatre cinquièmes des clients faisaient des séjours de 16 à 30 jours, et, dans le cas des programmes de soins prolongés en établissement, le plus important groupe de clients (44 %) faisait un séjour de 31 à 90 jours.

CHAPITRE III

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

3.1 Introduction

Le présent chapitre fournit une estimation des habitudes de consommation d'alcool des Canadiens, fondée sur les statistiques concernant la vente de boissons alcooliques et sur les résultats de l'Enquête Santé Canada. Les évaluations fondées sur les données concernant les ventes renvoient à la consommation moyenne par habitant de boissons alcooliques pour le Canada, les provinces et les territoires, et selon le type de boisson. Les données fondées sur les résultats de l'enquête servent à l'examen des variations dans l'usage de l'alcool par rapport à des caractéristiques démographiques particulières.

3.2 Comparaisons à l'échelle internationale

Si l'on en juge par les statistiques internationales, le Canada se rangeait en 1980 au seizième rang parmi les 35 pays sélectionnés pour ce qui est de la consommation annuelle per capita d'alcool pur (tableau I). La consommation moyenne s'établissait alors à 9,1 litres d'alcool pur par habitant ou à 11,27 litres si l'on ne tenait compte que des Canadiens ayant 15 ans et plus. Parmi ces mêmes nations, le Canada se rangeait au sixième rang pour ce qui est de la consommation d'alcool pur sous la forme de spiritueux, au douzième rang pour ce qui est de la consommation d'alcool sous la forme de bière, et vingt-huitième quand il s'agissait de vin.

3.3 Tendances récentes de la consommation

Les évaluations faites à partir des données concernant les ventes donnent à entendre qu'en 1980 la consommation annuelle

moyenne, qui s'établissait à 11,27 litres d'alcool pur par Canadien âgé de 15 ans et plus, représentait une augmentation de 0,13 litre, soit une augmentation d'environ 1 p. 100 par rapport à la consommation moyenne enregistrée en 1975 (11,14 litres). Signalons, pour fins de comparaisons, que l'augmentation s'était établie à 3,15 litres ou à quelque 33 p. 100 de 1970 à 1975.

Ces comparaisons indiquent qu'il s'est produit ces dernières années un ralentissement apparant des taux d'augmentation de la consommation per capita (graphique 1).

Bien que les données donnent aussi à entendre que la consommation s'est stabilisée de 1978 à 1980 au Canada dans l'ensemble, il est trop tôt pour dire si les données récentes représentent un changement notable et durable plutôt que temporaire seulement de la tendance de la consommation, qui augmente dans l'ensemble.

Tableau 1. Consommation d'alcool dans différents pays, 1980.

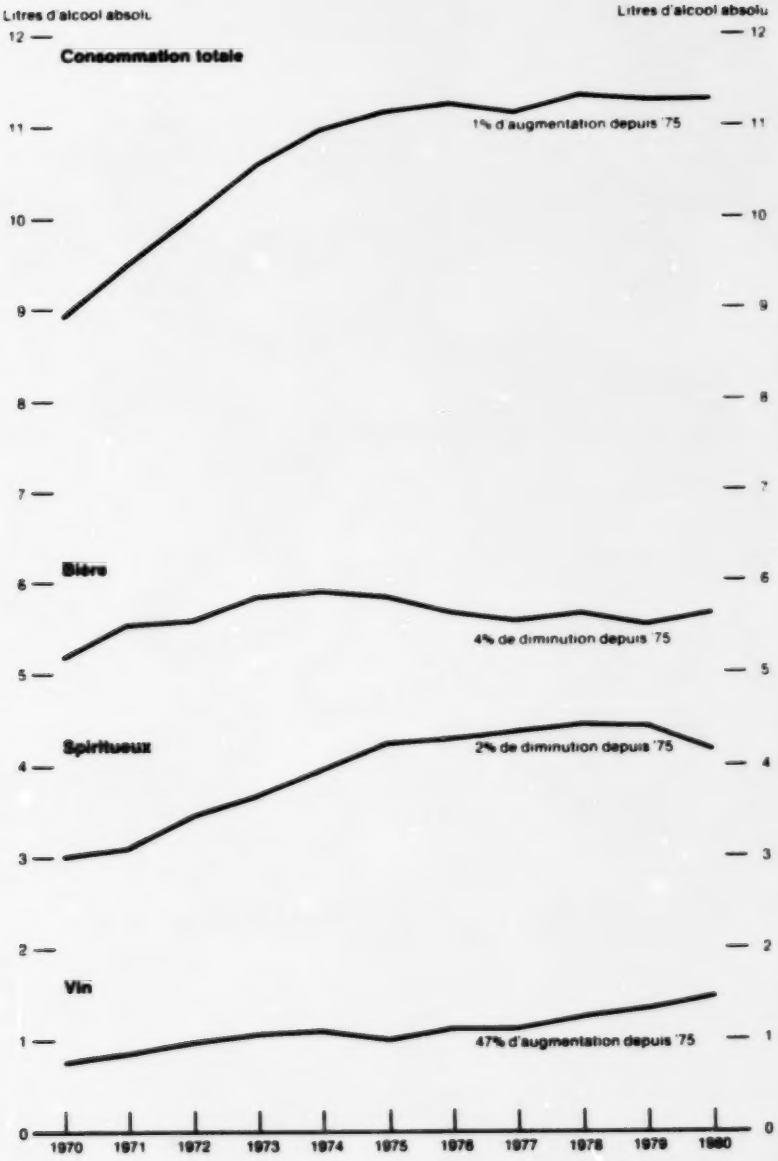
Position		Total	Spiritueux	Vin	Bière
		Litres d'alcool à 100 % par habitant			
1.	France	14,8	2,5	95,4	44,3
2.	Espagne	14,1	3,0	64,7	53,4
3.	Italie	13,0	1,9	93,0	16,7
4.	Allemagne de l'Ouest	12,7	3,1	25,6	145,7
5.	Hongrie	11,5	4,5	35,0	86,3
6.	Argentine	11,4	2,0	75,0	7,7
7.	Autriche	11,0	1,6	35,8	101,9
8.	Portugal	11,0	0,9	70,0	33,8
9.	Belgique	10,8	2,4	20,6	131,3
10.	Suisse	10,5	2,1	47,4	69,0
11.	Australie	9,8	1,0	17,4	134,3
12.	Allemagne de l'Est	9,7	4,5	9,5	135,0
13.	Nouvelle-Zélande	9,7	2,5	11,0	118,0
14.	Tchécoslovaquie	9,6	3,5	15,5	137,8
15.	Danemark	9,2	1,5	14,0	121,5
16.	Canada	9,1	3,4	8,5	87,6
17.	Hollande	8,8	2,7	12,9	86,4
18.	Pologne	8,7	6,0	10,1	30,4
19.	É.-U.	8,7	3,1	7,9	92,0
20.	Roumanie	7,9	2,3	28,9	43,0
21.	Bulgarie	7,5	2,0	22,0	57,7
22.	Irlande	7,5	2,0	4,5	121,8
23.	Yougoslavie	7,4	2,0	27,3	44,2
24.	Royaume-Uni	7,1	1,8	7,2	117,1
25.	Grèce	6,7	-	44,9	26,4
26.	Finlande	6,4	2,8	8,2	57,4
27.	Chili	6,2	-	45,0	15,0
28.	U.R.S.S.	6,2	3,3	14,4	23,1
29.	Suède	5,7	2,8	9,5	34,1
30.	Japon	5,41	3,91	0,6	37,8
31.	Chypre	4,8	2,0	9,8	32,4
32.	Norvège	4,6	1,9	4,4	48,3
33.	Uruguay	4,5	-	25,0	30,0
34.	Islande	3,9	2,3	5,5	16,0
35.	Afrique du Sud	3,8	1,3	8,8	28,6

1 Y compris 15 p. 100 de saké

Source: Rapport 82, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, (Stockholm 1982).

Graphique — 1

Consommation per capita d'alcool absolu, selon le genre de boisson, Canada, 1970-1980



3.3.1 Tendances générales de la consommation de 1975 à 1980, provinces et territoires

Les quatre premières places pour ce qui est de la consommation d'alcool reviennent aux provinces et territoires suivants : Yukon, Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Colombie-Britannique (graphique 2). Selon les données concernant les ventes, c'est au Yukon et en Alberta que les taux d'augmentation les plus élevés (6 % et 12 % respectivement) ont été enregistrés entre 1975 et 1980, période au cours de laquelle la Colombie-Britannique signalait une augmentation de 2 p. 100. Les Territoires du Nord-Ouest enregistraient pour leur part une importante diminution (9 %) de la consommation.

Les provinces qui occupent les rangs suivants pour ce qui est de la consommation moyenne per capita d'alcool sont l'Ontario, Terre-Neuve, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard. En Ontario, la consommation est demeurée stable au cours des dernières années, tandis qu'à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard elle a augmenté de 4 p. 100 de 1975 à 1980, période au cours de laquelle le Manitoba enregistrait une diminution de 3 p. 100.

Les provinces qui viennent aux derniers rangs pour ce qui est de la consommation d'alcool sont la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, le Québec et le Nouveau-Brunswick. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, la consommation a augmenté de 7 et 4 p. 100 respectivement pendant la période de cinq ans considérée, tandis qu'en Saskatchewan elle a diminué de 3 p. 100 et au Québec de 4 p. 100.

En somme, entre 1975 et 1980, la consommation moyenne per capita d'alcool a augmenté dans sept provinces et territoires. Elle est demeurée stable dans une province et a diminué dans quatre autres. Les provinces et territoires où les taux de consommation

étaient les plus élevés étaient aussi les endroits où les taux de consommation étaient les plus susceptibles d'augmenter.

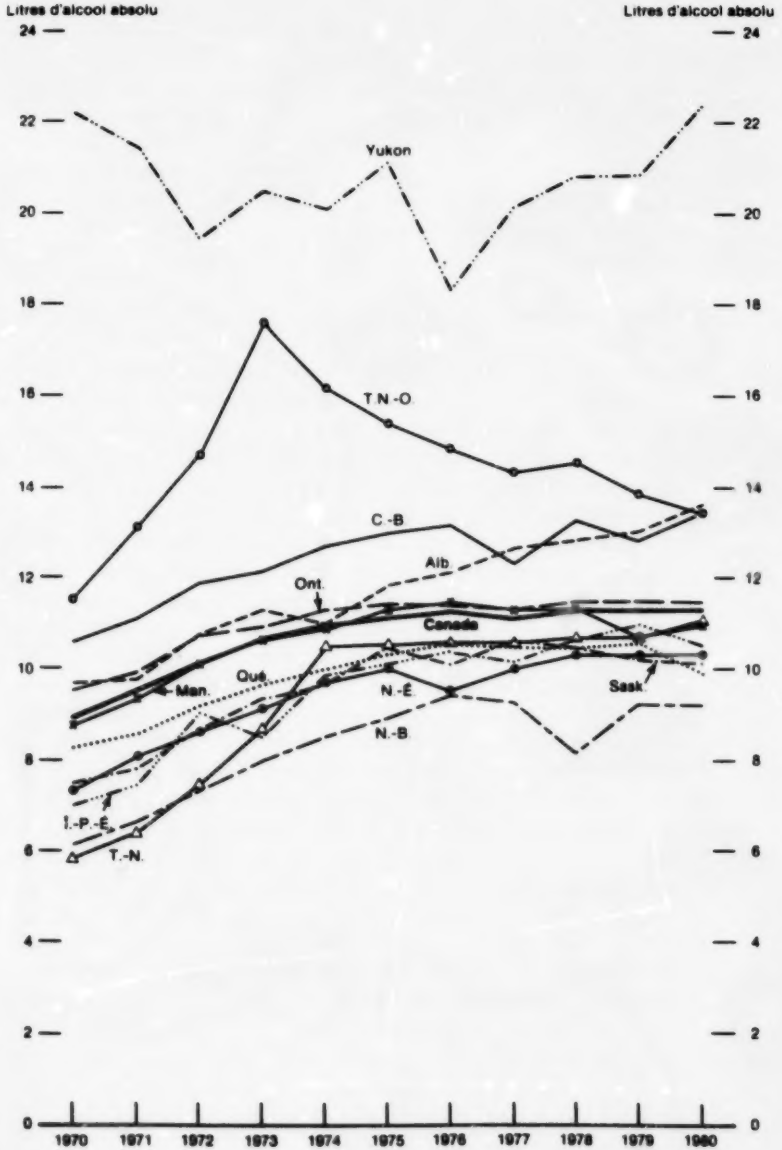
3.3.2 Tendances générales de la consommation de bière, de spiritueux et de vin

Selon les données de 1980 concernant les ventes, la bière était la boisson pour laquelle on enregistrait la plus forte proportion d'alcool pur absorbé par les Canadiens. La bière comptait pour 50 p. 100 de tout l'alcool consommé au Canada, tandis que les spiritueux et le vin comptaient pour 37 et 13 p. 100 respectivement.

Entre 1975 et 1980, la consommation d'alcool a décliné de 4 p. 100 pour la bière et de 2 p. 100 pour les spiritueux. Au cours de la même période, la consommation per capita d'alcool pur absorbé sous la forme de vin a augmenté de 47 p. 100, augmentation dont on ne saurait mesurer l'ampleur sans tenir compte du fait que le Canada n'est pas un pays très populeux.

Graphique — 2

Consommation per capita d'alcool absolu, selon la province, Canada, 1970-1980



3.3.3 Consommation de bière, de spiritueux et de vin, selon les provinces et territoires, de 1975 à 1980

Bière

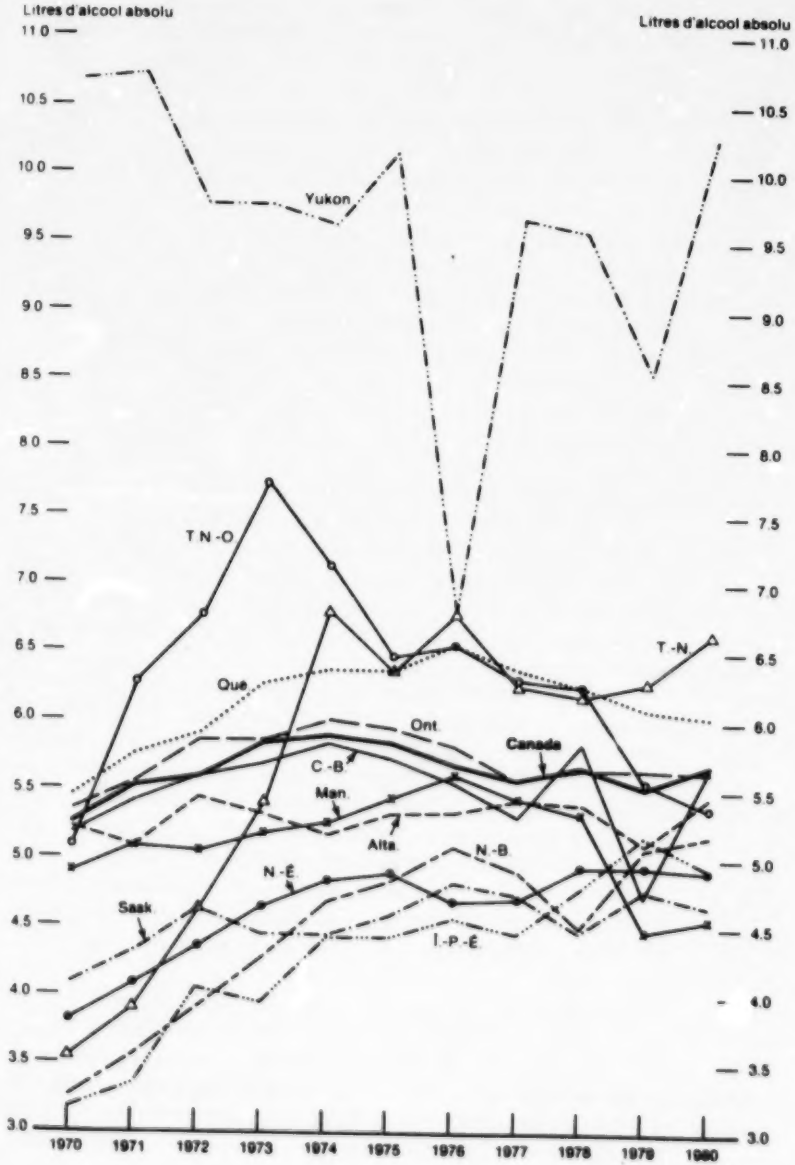
Selon les données de 1980 concernant les ventes, les quatre provinces et territoires occupant les premières places pour la consommation de bière sont le Yukon, Terre-Neuve, Québec et la Colombie-Britannique (graphique 3). De 1975 à 1980, la consommation d'alcool sous la forme de bière a augmenté de 4 p. 100 à Terre-Neuve, est demeurée stable au Yukon et en Colombie-Britannique et a diminué de 5 p. 100 au Québec.

Les provinces et territoires qui occupent les places intermédiaires pour la consommation de bière sont l'Ontario, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et le Nouveau-Brunswick. Entre 1975 et 1980, la consommation d'alcool sous la forme de bière a augmenté de 7 p. 100 au Nouveau-Brunswick et de 3 p. 100 en Alberta. Pendant la même période, la consommation moyenne a diminué de 5 p. 100 en Ontario et de 17 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest.

Quatre provinces occupent les derniers rangs pour ce qui est de la consommation d'alcool sous la forme de bière. Ce sont le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan. De 1975 à 1980, la consommation d'alcool sous la forme de bière a augmenté de 12 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard et a diminué de 7 p. 100 au Manitoba. Les données concernant les ventes en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan n'indiquent aucun changement dans la consommation moyenne de bière.

Graphique — 3

Consommation per capita de bière, selon la province, Canada, 1970-1980



Spiritueux

Les données concernant la vente de boissons alcooliques indiquent que les provinces et territoires qui enregistraient les plus fortes consommations d'alcool pur sous la forme de spiritueux sont le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta et la Colombie-Britannique (graphique 4).

De 1975 à 1980, l'Alberta a enregistré une forte augmentation de la consommation d'alcool sous la forme de spiritueux. Cette augmentation s'établissait à 20 p. 100. Au Yukon et en Colombie-Britannique, la consommation est demeurée stable, tandis que dans les Territoires du Nord-Ouest elle a diminué.

Les provinces qui viennent ensuite pour la consommation d'alcool sous la forme de spiritueux sont le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse. Dans cette dernière province, l'augmentation s'est établie à 4 p.100 au cours de la période considérée, soit de 1975 à 1980. Au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, la consommation d'alcool sous la forme de spiritueux a diminué de 3 p. 100, 4 p. 100 et 11 p. 100 respectivement.

Les provinces qui viennent en dernier lieu à ce chapitre sont l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick. Dans cette dernière province et à Terre-Neuve, la consommation d'alcool sous la forme de spiritueux a augmenté de 10 p. 100 et de 8 p. 100 respectivement de 1975 à 1980. En Ontario et au Québec, enfin, la consommation d'alcool sous la forme de spiritueux a diminué de 2 p. 100 et de 18 p. 100 respectivement.

Vin

Les provinces et le territoire qui occupaient les premiers rangs pour la consommation d'alcool sous la forme de vin sont le Yukon, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec (graphique 5). C'est dans ces

provinces et ce territoire qu'on a enregistré la plus forte augmentation de la consommation de vin entre 1975 et 1980. Cette augmentation s'établissait à 53 p. 100 pour le Yukon; à 38 p. 100 pour la Colombie-Britannique, à 55 p. 100 pour l'Alberta; et à 40 p. 100 pour le Québec.

Les provinces et territoires qui occupaient les places intermédiaires pour la consommation d'alcool sous la forme de vin sont l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest. En Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan, la consommation a augmenté de 34 p. 100, 20 p. 100 et 35 p. 100 respectivement, tandis que pour les Territoires du Nord-Ouest, les données n'indiquent aucun changement de la consommation entre 1975 et 1980.

Les quatre provinces qui venaient en dernier lieu pour la consommation d'alcool sous la forme de vin étaient l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, la consommation s'est accrue de 14 p. 100 entre 1975 et 1980; au Nouveau-Brunswick, la consommation de vin a diminué de 10 p. 100; et en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, aucun changement n'a été enregistré entre 1975 et 1980.

Malgré la tendance générale à l'augmentation de la consommation de vin dans la majorité des provinces et territoires, cette augmentation seule ne s'est traduite par une augmentation de la consommation moyenne d'alcool pur dans l'ensemble qu'au Yukon et en Colombie-Britannique.

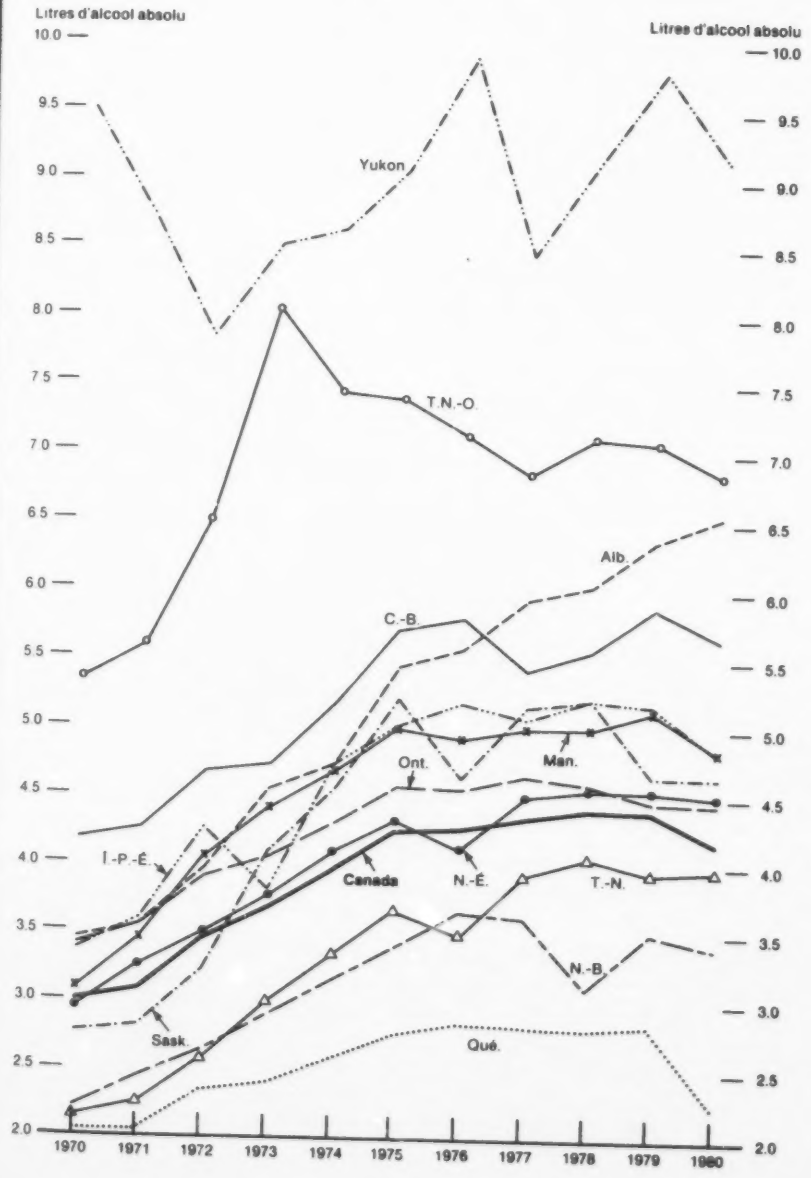
Sommaire

En Alberta, cette augmentation s'est manifestée à l'égard des trois types de boissons alcooliques; à Terre-Neuve, elle touchait à la bière et aux spiritueux; dans l'Île-du-Prince-Édouard, à la bière et au vin; et au Nouveau-Brunswick, à la bière.

On doit donc, lorsqu'on veut comparer l'augmentation ou la diminution globale de la consommation totale d'alcool dans les provinces ou territoires, tenir compte de nombreux rapports différents concernant les augmentations ou les diminutions de la consommation d'alcool de même que des différents types de boissons.

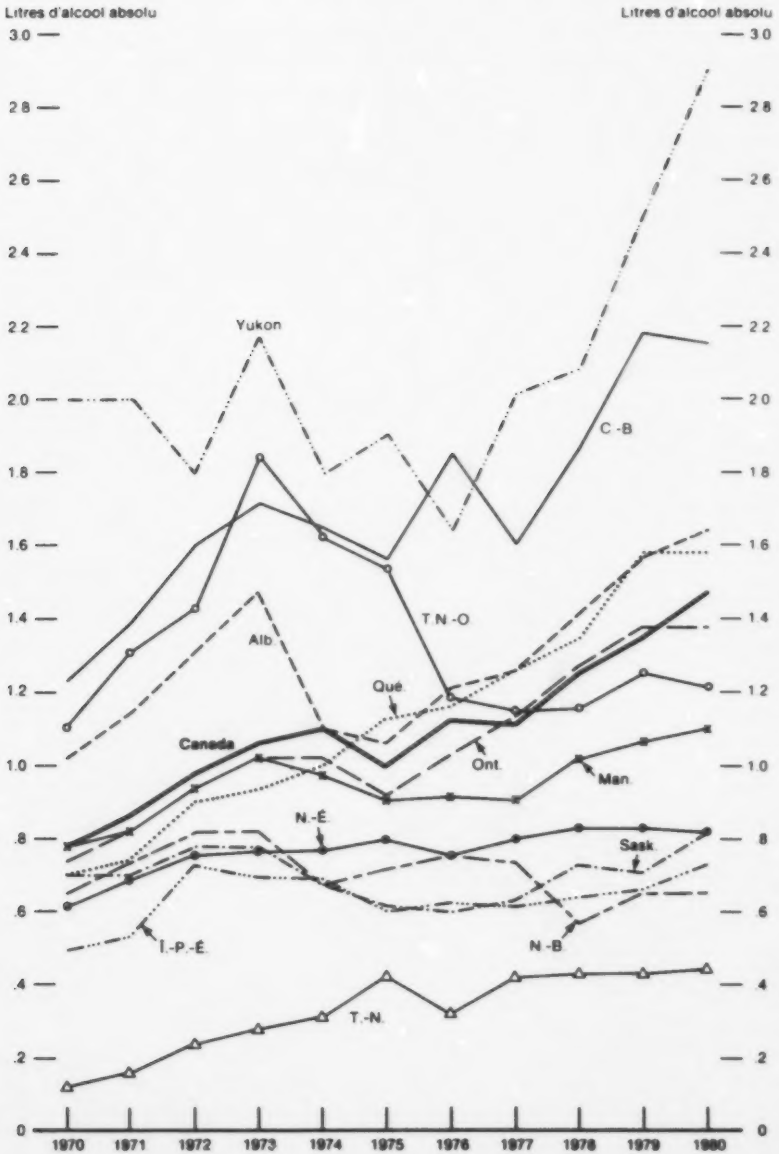
Graphique — 4

Consommation per capita des spiritueux, selon la province, Canada, 1970-1980



Graphique — 5

Consommation per capita du vin, selon la province, Canada, 1970-1980



3.4 La consommation d'alcool au Canada : résultats de l'Enquête Santé Canada

Une enquête menée conjointement par Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada a permis de recueillir des données concernant le nombre et les types de buveurs au Canada.*

Selon les données de cette enquête, les types de buveurs dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus se répartissent comme suit :

TABLEAU 2 RÉPARTITION DES TYPES DE BUVEURS, CANADA, 1978/79

Génre de buveur	Répartition en pourcentage
N'a jamais bu	12
Ancien buveur (avait l'habitude de prendre de l'alcool mais n'a bu aucune boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois)	4
Buveur occasionnel (consomme de l'alcool moins souvent qu'une fois par mois, mais en a consommé au cours des 12 derniers mois)	15
Buveur habituel (consomme des boissons alcoolisées au mois une fois par mois)	65
Inconnu	4
TOTAL	100

Source: La santé des Canadiens, 1981, p. 23.

* Les données de l'Enquête Santé Canada sont dérivées d'un questionnaire qu'ont rempli par elles-mêmes des personnes âgées de 15 ans et plus en 1978/79. Pour cette enquête, menée auprès d'un échantillon de 17 000 personnes, le taux de réponse à la section sur l'alcool a été de 84 p. 100.

3.4.1 Habitudes de consommation, selon l'âge et le sexe

La proportion des Canadiens qui s'abstiennent totalement de boire s'établit à 16 p. 100. Ce groupe se compose de 11,2 p. 100 de la population de sexe masculin et de 19,1 p. 100 de la population de sexe féminin.

Ces taux concernant les personnes qui s'abstiennent totalement de boire sont d'un tiers inférieurs à ceux qui étaient signalés dans le précédent Rapport spécial sur la statistique concernant l'alcool (1981), qui indiquait un taux de 24,8 p. 100, regroupant 19,4 p. 100 de la population de sexe masculin et 28,5 p. 100 de la population de sexe féminin. Ces différences dans les résultats des deux enquêtes peuvent autant être attribuables à des particularités méthodologiques qu'à des diminutions dans le nombre des personnes s'abstenant de boire entre 1976 et 1979.

Le taux des buveurs habituels -- qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois, est de 65 p. 100 : on retrouve dans ce groupe 75 p. 100 de la population de sexe masculin et 57 p. 100 de la population de sexe féminin. Comme l'indique le tableau ci-dessous, on enregistrait d'importantes variations selon l'âge et le sexe (Tableau 3).

TABLEAU 3 BUVEURS HABITUELS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE 1978/79

ÂGE	SEXE	
	HOMMES	FEMMES
15-19	60,7	52,1
20-24	87,2	71,1
25-44	81,3	63,9
45-64	76,5	29,3
65+	53,9	29,3

Les taux enregistrés pour les buveurs habituels sont plus faibles pour les groupes plus jeunes et plus âgés, le taux enregistré pour les jeunes adultes de 20 à 24 ans étant le plus élevé de tous. Fait intéressant à noter, l'écart entre les taux enregistrés pour l'un et l'autre sexe est d'autant plus grand que le groupe considéré est avancé en âge, le groupe le plus jeune étant celui pour lequel l'écart constaté est le plus petit.

3.4.2 Caractéristiques régionales

On estime que l'augmentation du nombre des buveurs habituels a suivi une progression constante d'est en ouest, les taux allant de 55 p. 100 pour les résidants des provinces de l'Atlantique à 73 p. 100 pour ceux de la Colombie-Britannique. D'une région à l'autre, les taux enregistrés pour les femmes variaient beaucoup plus que ceux qu'on a enregistrés pour les hommes (22 % pour les femmes et 14 % pour les hommes) et c'est à cet écart entre les taux enregistrés pour les femmes que l'on doit la majeure partie des variations régionales (graphique 6). Pour ce qui est des buveurs occasionnels -- qui boivent de l'alcool moins d'une fois par mois -- c'est au Québec que le taux était le plus élevé (18,5 %) et en Colombie-Britannique qu'il était le plus faible (10,5 %).

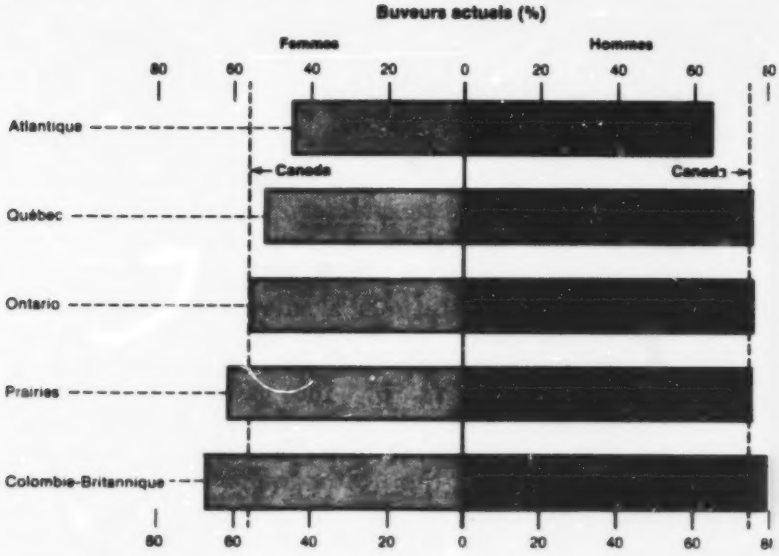
3.4.3 Précisions concernant la fréquence

a) Généralités

Dans le groupe des personnes qui consomment de l'alcool tous les jours, on retrouvait quatre fois plus d'hommes que de femmes (16 % pour les hommes et 4 % pour les femmes). Chez les hommes consommateurs d'alcool, 60 p. 100 en buvaient au moins une fois par semaine, comparativement à 32 p. 100 pour les femmes. Chez les personnes qui

Graphique — 6

Pourcentage de la population qui sont buveurs actuels et qui boivent 14 consommations et plus par semaine selon le sexe, Canada et régions, 1978-79



buvaient de l'alcool au moins une fois par mois, 88 p. 100 étaient des hommes et 77 p. 100 des femmes.

b) Adolescents et jeunes gens, selon l'âge et le sexe

On remarquait une différence notable dans les proportions des buveurs habituels entre la catégorie des adolescents (15-19 ans) et celle des jeunes adultes (20-29 ans), ces proportions étant de 57 et de 77 p. 100 respectivement.

Selon l'Enquête Santé Canada, 2 p. 100 des adolescents (3 % chez les adolescents et moins de 1 % chez les adolescentes) buvaient au moins une fois par jour. Chez les 20 à 29 ans, 12 p. 100 des hommes et 3 p. 100 des femmes buvaient tous les jours. Chez les adolescents, 34 p. 100 (40 % pour les adolescentes et 27 % pour les adolescentes) buvaient au moins une fois par semaine. Chez les jeunes adultes, 53 p. 100 buvaient au moins une fois par semaine, la proportion des hommes et des femmes étant de 69 et 37 p. 100 respectivement.

Le taux des adolescents qui buvaient au moins une fois par mois était de 76 p. 100 dans l'ensemble, et de 79 p. 100 pour les adolescents et de 73 p. 100 pour les adolescentes. Chez les 20 à 29 ans, 90 p. 100 buvaient au moins une fois par mois, la répartition entre les hommes et les femmes étant de 92 p. 100 et 87 p. 100 respectivement.

Il appert, sur la foi des données actuelles, que les buveurs commencent maintenant à boire à un âge plus précoce qu'auparavant. Chez les adolescents de 15 à 19 ans, l'âge médian où ces derniers déclarent avoir commencé à boire s'établit entre 14 et 15 ans. Chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans, l'âge médian se situe entre 16 et 17 ans. Chez les adultes plus âgés, qui ont entre 25 et 44 ans, l'âge médian est 18 ans.

c) Citoyens âgés

Chez les plus de 65 ans, la proportion des non-buveurs était de 32 p. 100, la répartition entre les hommes et les femmes étant de 24 p. 100 pour les premiers et de 38 p. 100 pour les secondes.

La proportion des citoyens âgés qui buvaient tous les jours était de 21 p. 100, taux sensiblement plus élevé que la moyenne nationale pour les hommes, qui était de 16 p. 100. Quant à la proportion des femmes qui buvaient tous les jours, elle s'établissait au même taux que la moyenne nationale, soit 4 p. 100.

Quatrante-deux pour cent des hommes et 15 p. 100 des femmes buvaient au moins une fois par semaine.

3.4.4 Consommation d'alcool et caractéristiques socio-démographiques

a) État matrimonial

Dans le groupe des buveurs habituels, on retrouvait une plus forte proportion d'hommes célibataires que d'hommes mariés (89 % pour les premiers contre 75 % pour les seconds) (tableau 4).

Chez les femmes du même groupe, la proportion était la même pour les femmes célibataires et les femmes mariées (58 %).

Bien que les proportions des buveurs habituels aient été similaires chez les personnes divorcées des deux sexes (69 % pour les hommes et 66 % pour les femmes), on retrouvait une proportion beaucoup plus forte de buveurs habituels chez les veufs (74 %) que chez les veuves (33 %).

Chez les gens séparés, la proportion des personnes faisant usage d'alcool était élevée pour les deux sexes (86 p. 100 pour les hommes et 59 p. 100 pour les femmes).

b) Revenu familial

Chez les hommes, on retrouvait une plus forte proportion de buveurs habituels dans les tranches supérieures de revenu que dans les tranches inférieures (tableau 4). Le taux des buveurs habituels était de 84 p. 100 pour le premier groupe et de 64 p. 100 pour le second.

Chez les femmes, les écarts entre les tranches supérieures et inférieures de revenu étaient plus grands que chez les hommes : le taux des buveuses habituelles était de 72 p. 100 chez les femmes se rangeant dans les tranches supérieures de revenu et de 42 p. 100 chez celles des tranches inférieures.

Pour ce qui est des écarts entre les proportions des hommes et des femmes faisant usage d'alcool à l'intérieur d'une même catégorie de revenu, c'est dans les groupes des tranches inférieures que les écarts étaient les plus marqués.

c) Statut professionnel

Pour les deux sexes, ce sont les groupes des professionnels et des gestionnaires qui enregistraient les plus fortes proportions de personnes faisant usage d'alcool (86 % chez les hommes et 72 % chez les femmes) de même que la plus forte proportion de "buveurs habituels", c'est-à-dire de personnes ayant bu de 4 à 7 consommations d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (tableau 4).

Du côté des hommes, c'est dans le groupe des chômeurs qu'on retrouvait la plus faible proportion de personnes faisant usage d'alcool (71 %), tandis que du côté des femmes, c'est le groupe des cols bleus qui enregistrait la plus faible proportion de femmes qui consomment de l'alcool fréquemment, c'est dans le groupe des cols bleus qu'ils étaient le plus marqués.

TABLEAU 4

BUVEURS HABITUELS SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL, LE REVENU FAMILIAL ET LE STATUT PROFESSIONNEL, 1978/79

État matrimonial	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Célibataire (ne s'est jamais marié(e)	89,4	58,1	65,6
Marié(e)	75,2	58,0	67,8
Veuf, veuve	77,4	33,9	39,2
Divorcé(e)	69,4	65,6	62,6
Séparé(e)	86,4	58,9	70,6
Revenu familial			
Premier quintile	64,1	41,5	51,3
Deuxième quintile	70,9	50,5	60,1
Troisième qunitile	71,8	54,0	62,9
Quatrième quintile	78,8	58,2	68,4
Cinquième quintile	84,4	71,7	78,5
Statut professionnel			
Gestionnaire/ professionnel	85,9	72,1	80,4
Autre col blanc	80,4	68,4	73,7
Col bleu	78,1	51,2	74,9
Chômeur, chômeuse	71,1	55,5	62,5

CHAPITRE IV

PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

4.1 Introduction

Les problèmes liés à l'abus de l'alcool comprennent une gamme étendue de conséquences néfastes sur le plan physique ou social qui sont susceptibles d'apparaître lorsque la consommation d'alcool devient une menace pour l'individu ou la société. Comme l'illustre le graphique 7, ces problèmes ont des répercussions pour plusieurs personnes - le buveur, sa famille et, enfin, la collectivité qui, bien que mentionnée en dernier, n'est pas la moindre en importance.

On reconnaît de plus en plus que la consommation excessive d'alcool constitue un facteur important de risque pour la santé et le bien-être des Canadiens et la relation entre une consommation accrue d'alcool par personne et la fréquence des problèmes liés à l'usage de l'alcool est de plus en plus évidente. Des données internationales sur environ 80 pays et couvrant la période de 1973 à 1977 révèlent que les pays qui présentent des taux élevés de consommation d'alcool ont également des taux élevés de mortalité causée par la cirrhose alcoolique. Le rapport entre les deux est encore plus évident lorsqu'on compare le taux de mortalité attribuable à la cirrhose avec le taux de consommation d'alcool d'un an ou deux plus tôt. Au Canada, un tel rapport existe également. Les provinces et les territoires qui ont de forts taux de consommation d'alcool ont également tendance à avoir des taux élevés de mortalité attribuable à l'usage de l'alcool, selon les données de 1979-1980.

De plus, selon les données de 1978, on est susceptible de trouver dans les provinces où l'on consomme beaucoup d'alcool un nombre élevé de délits pour conduite en état

d'ébriété, ainsi que des taux élevés de morbidité attribuable à la cirrhose traitée dans les hôpitaux généraux.

Les provinces qui ont des taux élevés de morbidité causée par la cirrhose présentent presque toujours de forts taux de mortalité attribuable à cette maladie et à l'alcoolisme. Cependant, les provinces qui ont des taux élevés d'alcoolisme traités dans les hôpitaux généraux ou les établissements pour malades mentaux ont des taux peu élevés de mortalité attribuable à l'alcoolisme et à la cirrhose, et le traitement médical de l'alcoolisme peut jouer un rôle important dans la prévision des décès causés par l'alcoolisme et la cirrhose.

4.2 Mortalité liée à l'abus de l'alcool

On peut utiliser la mortalité liée à l'abus de l'alcool pour déterminer directement ou indirectement (d'après une estimation du nombre des alcooliques) la gravité du problème et pour obtenir un indicateur de la réduction de l'espérance de vie des Canadiens et des années potentielles de vie perdues par eux.

L'usage de l'alcool est directement lié à la mortalité attribuable à la cirrhose alcoolique, au syndrome de dépendance alcoolique, à l'abus de l'alcool sans dépendance, à la psychose alcoolique et à l'empoisonnement accidentel par l'alcool (graphique 8). En 1980, il y a eu 2110 décès attribuables à ces causes. Il n'est pas possible de faire de comparaison directe entre les chiffres de 1980 et les estimations de 1978, parce que les concepts de cirrhose et de dépendance alcoolique ont été remaniés en 1979, pour la Classification internationale des maladies.

De façon générale, les choses semblent toutefois vouloir se stabiliser; le nombre des décès directement attribuables à l'usage de l'alcool commencerait même peut-être à baisser (on en comptait 2520 en 1978).

En 1980, le nombre des décès ayant un rapport indirect avec l'abus de l'alcool, c'est-à-dire certains décès attribuables, entre autres, aux accidents de la circulation, aux chutes, aux incendies, aux noyades, aux homicides et au suicide, s'élevait à 5554. De plus, en 1980, il y a eu 10 310 autres décès liés à l'usage de l'alcool dont certains étaient attribuables à des affections diagnostiquées comme des maladies des appareils circulatoire et respiratoire, et à certains types de cancer comme le cancer de la bouche, de l'oesophage et du larynx.

En tout, en 1980, il y a eu 17 974 décès attribuables à l'usage de l'alcool. Cela signifie que la mort d'environ un Canadien sur dix (10,5 %) a été causée directement (1 sur 80) ou indirectement (1 sur 11) par l'usage de l'alcool.

GRAPHIQUE 7

PROBLÈMES LIÉS À L'ABUS DE L'ALCOOL : RÉPERCUSSIONS POUR LE BUVEUR, SA FAMILLE ET LA COLLECTIVITÉ

RÉPERCUSSIONS POUR LE BUVEUR

CONSÉQUENCES D'UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL DE COURTE DURÉE : Diminution de courte durée de la capacité de fonctionnement et de contrôle; agressivité; accidents; exposition aux éléments; troubles d'ordre physique; arrestation pour ivresse.

CONSÉQUENCES D'UNE CONSOMMATION EXCESSIVE PROLONGÉE D'ALCOOL : Cirrhose; aggravation d'autres troubles physiques; malnutrition; diminution prolongée de la capacité de fonctionnement et de contrôle; accidents; diminution de la capacité de travail; syndrome de dépendance alcoolique; psychose alcoolique.

CONSÉQUENCES CONCOMITANTES POSSIBLES : Perte des amis, de la famille, de la santé, de l'estime de soi, d'un emploi, de moyens d'existence, de liberté.

RÉPERCUSSIONS POUR LA FAMILLE DU BUVEUR

Discorde familiale
- Problèmes conjugaux
- Violence contre les enfants et le conjoint
- Perte d'estime pour le buveur

Troubles mentaux

Pauvreté

Dommages au foetus chez la femme enceinte qui boit

Enfants négligés

Enfants ayant des problèmes de développement

Enfants qui abandonnent l'école

Adolescents qui boivent et délinquance juvénile

RÉPERCUSSIONS POUR LA COLLECTIVITÉ

Effets sur l'ordre public
- Comportement désagréable
- Violence
- Dommages à la propriété d'autrui

Victimes des accidents causés par le buveur

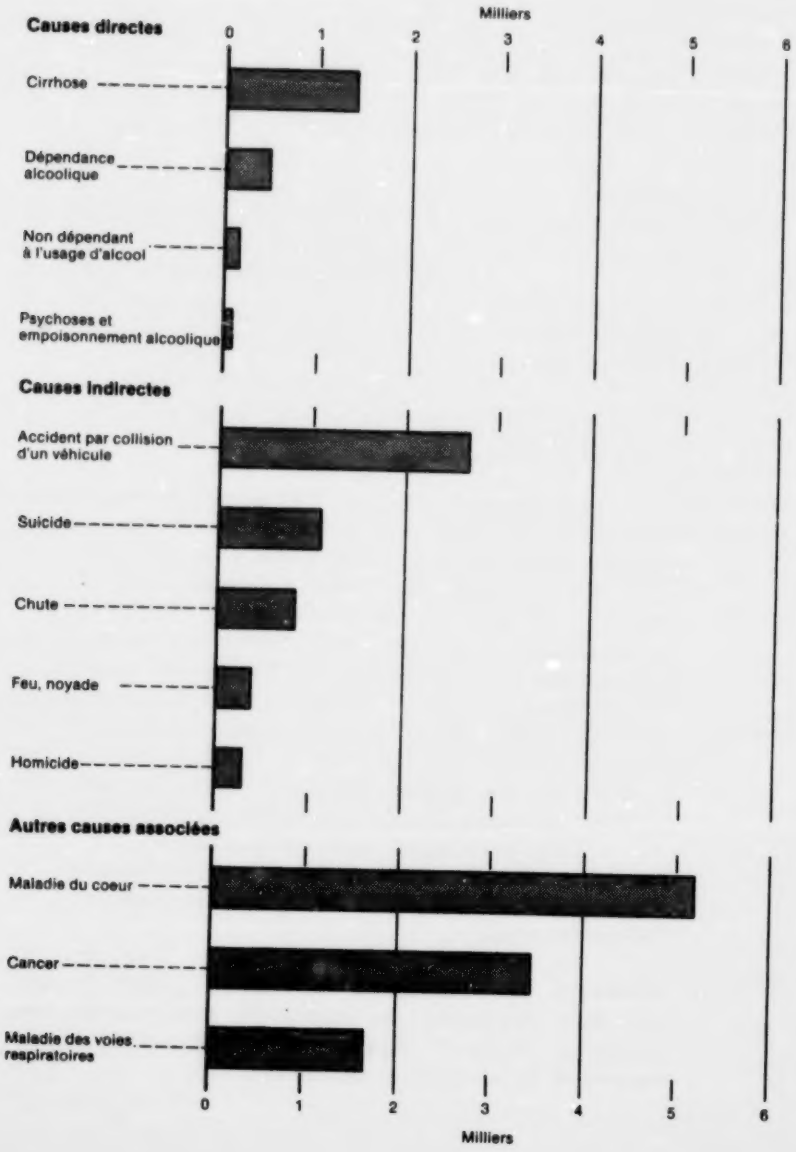
Coûts en main-d'oeuvre et en argent des services (santé, bien-être, application de la loi) offerts au buveur, à sa famille ou aux autres personnes touchées

Perte de productivité par ex. : à la ferme au travail inefficacité administrative perte de main-d'oeuvre qualifiée, (décès prématuré)

SOURCE: Moser, Joy. Prevention of Alcohol Related Problems. (Toronto: WHO and ARF, 1980).

Graphique — 8

Estimation des décès dus à la consommation d'alcool, Canada, 1980



4.2.1 Comparaisons entre les provinces

Le taux national des décès directement causés par l'usage de l'alcool pour 100 000 habitants était de 14,4 (graphique 9). Ce taux était dépassé dans trois provinces et un territoire, à savoir le Yukon, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario.

Les provinces qui se classaient au deuxième rang pour ce qui est des décès causés par l'usage de l'alcool étaient le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et les Territoires du Nord-Ouest.

Quant au Nouveau-Brunswick, à la Nouvelle-Écosse, à la Saskatchewan et à Terre-Neuve, ces provinces se classaient au dernier rang.

4.2.2 Rapport entre la mortalité masculine et la mortalité féminine

Le rapport entre les taux de mortalité masculine et féminine attribuable à l'usage de l'alcool était de 2,5 pour 1 en 1979 et 1980, ce qui ne représente aucun changement par rapport à la période précédente (1975-1978). Cependant, il y a eu des changements dans le classement des provinces. De façon générale, la différence entre les taux de mortalité masculine et féminine attribuable à l'usage de l'alcool est relativement faible dans les provinces qui présentent les taux de consommation les plus élevés (graphique 10).

Les provinces qui présentaient les taux les plus élevés étaient la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan et Terre-Neuve.

Le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario se classaient au milieu pour ce qui est des rapports de mortalité hommes-femmes lesquels étaient égaux ou légèrement inférieurs à la moyenne nationale.

Les provinces où la différence entre les hommes et les femmes était la moins importante en raison d'un taux de mortalité féminine plus élevé était la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Yukon, le Manitoba et les Territoires du Nord-Ouest. Les Territoires du Nord-Ouest présentaient un taux de mortalité attribuable à l'usage de l'alcool plus élevé chez les femmes que chez les hommes, mais il faut se souvenir que les Territoires du Nord-Ouest ne sont pas très peuplés.

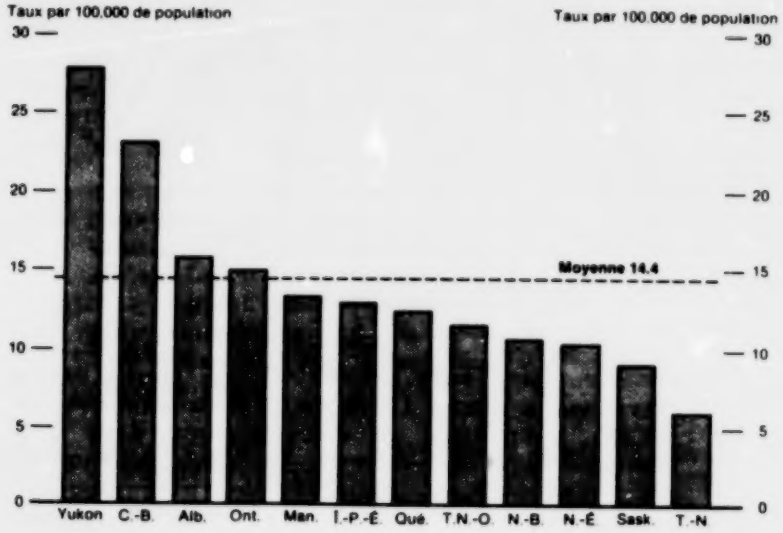
4.2.3 Mortalité attribuable à la cirrhose

a) Estimations nationales

Selon des estimations récentes, le nombre des décès causés chaque année par la cirrhose a décru (2838 en 1978 contre 2682 en 1980). Le taux de cirrhose, qui était à la hausse au début et vers le milieu des années 70, peut s'être stabilisé chez les femmes, alors qu'il peut avoir diminué chez les hommes au cours des deux ou trois dernières années.

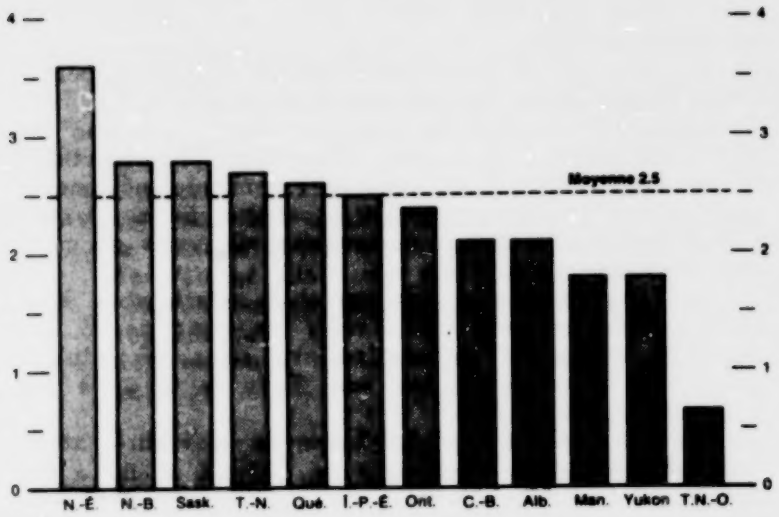
Graphique — 9

Taux de décès liés à la consommation d'alcool, selon la province, pour la période de deux ans, Canada, 1979-1980



Graphique — 10

Ratios des hommes par rapport aux femmes pour les taux de décès liés à la consommation d'alcool selon la province, pour la période de deux ans, Canada, 1979-1980



b) Selon l'âge et le sexe : 1975 à 1980

Le taux moyen de mortalité masculine attribuable à la cirrhose (pour 100 000 habitants) est passé de 16,7 en 1975 à 15.0 en 1980, ce qui représente une diminution de 10 p. 100. De même, au cours de la même période, le taux de mortalité féminine causée par la cirrhose est passé de 6,9 à 6,1. Bien qu'il faille tenir compte d'un problème de décalage, la baisse du taux de mortalité attribuable à la cirrhose concorde néanmoins avec une stabilisation manifeste de la consommation d'alcool par personne au cours de cette période.

Les taux de mortalité attribuable à la cirrhose sont élevés chez les gens de 25 ans et plus et, en particulier, chez les adultes des deux sexes qui sont âgés de 55 à 74 ans (graphique 11).

La baisse du taux de mortalité attribuable à la cirrhose, de 1975 à 1980, a été particulièrement marquée chez les 25 à 54 ans (baisse de 13 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes). Chez les personnes âgées (d'environ 75 ans), le taux a baissé chez les hommes, mais il a augmenté légèrement chez les femmes.

c) Provinces et territoires

Selon des estimations fournies par les provinces et les territoires, de 1979 à 1980, le taux de mortalité attribuable à la maladie chronique du foie et à la cirrhose s'est abaissé dans 9 des 12 provinces et territoires. Les provinces dans lesquelles ce taux s'est accru sont Terre-Neuve, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique (Tableau 5). Ces variations peuvent cependant être dues à des fluctuations à court terme.

4.3 Alcoolisme

L'alcoolisme, considéré comme un syndrome, se caractérise par une modification du comportement et des aspects subjectifs et psychobiologiques de l'individu, et son principal symptôme est un manque de contrôle sur la consommation d'alcool.

La prévalence estimative du nombre des alcooliques au Canada est fondée sur le nombre des décès attribués actuellement à la cirrhose. Selon les données de 1979 et de 1980 sur la mortalité attribuable à la cirrhose, le nombre estimatif de personnes dépendantes de l'alcool était de 605 300 et de 600 000 respectivement pour ces deux années, ce qui représente 1 personne sur 19 ou 5,3 p. 100 des buveurs habituels au Canada (graphique 12).

De 1978 à 1980, le nombre d'alcooliques s'est abaissé de 3 p. 100. Cette baisse concorde avec la récente diminution de la consommation d'alcool par habitant. Comme dans le cas précédent, il faut attendre encore avant de pouvoir affirmer qu'on est en présence d'une modification importante de la tendance pour ce qui est du nombre des alcooliques.

Graphique — 11

Mortalité par suite de cirrhose, selon l'âge et le sexe, Canada, 1970-1980

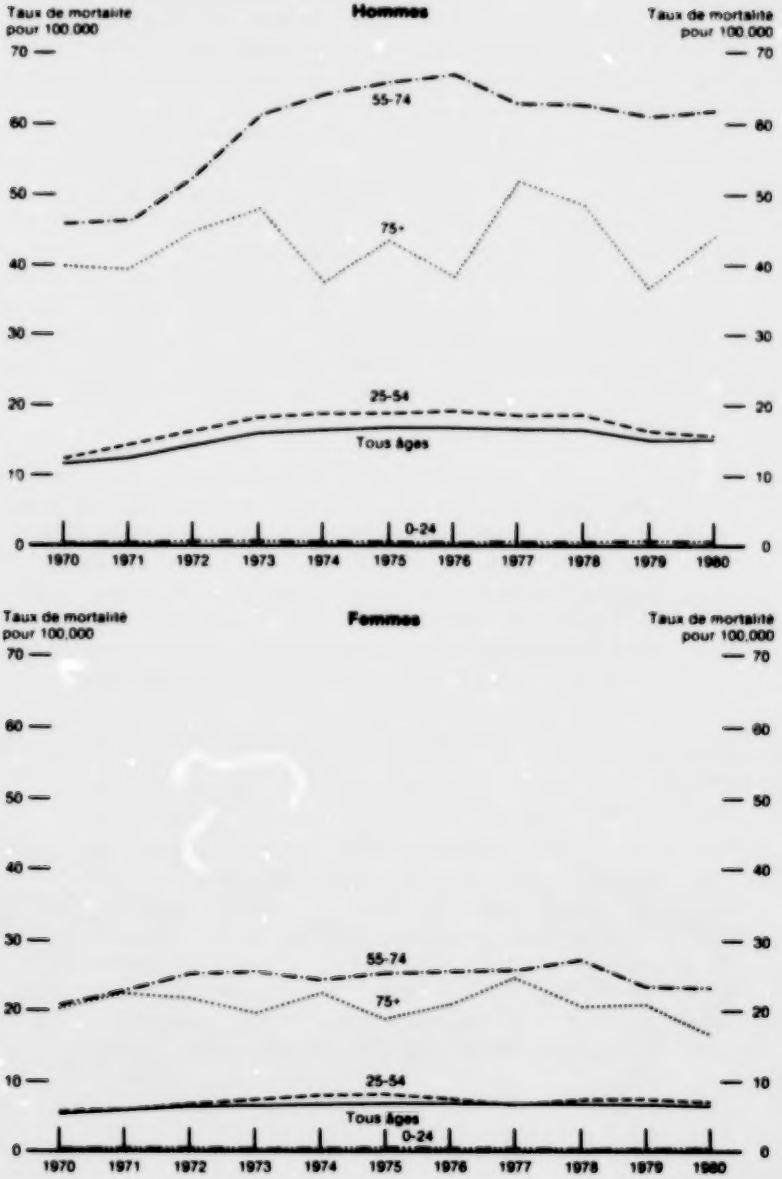


TABLEAU 5

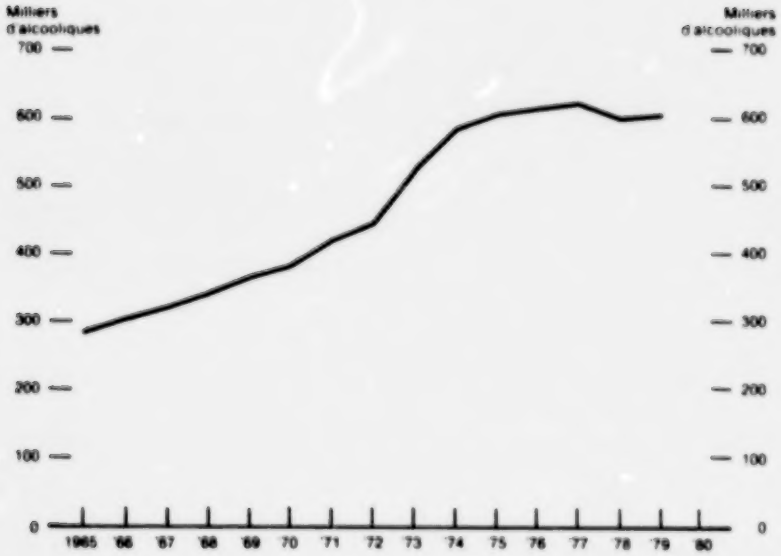
TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLE À LA MALADIE CHRONIQUE DU FOIE ET À LA CIRRHOSE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LA PROVINCE, 1979 ET 1980

	1979	°1980
	(pour 100 000 habitants)	
Terre-Neuve	6,6	9,4
Île-du-Prince-Édouard	12,8	8,8
Nouvelle-Écosse	11,8	10,1
Nouveau-Brunswick	12,6	11,9
Québec	15,7	15,5
Ontario	17,4	16,6
Manitoba	16,7	15,3
Saskatchewan	10,3	13,3
Alberta	17,1	16,9
Colombie-Britannique	25,4	26,4
Yukon	22,6	-
Territoires du Nord-Ouest	13,4	4,5

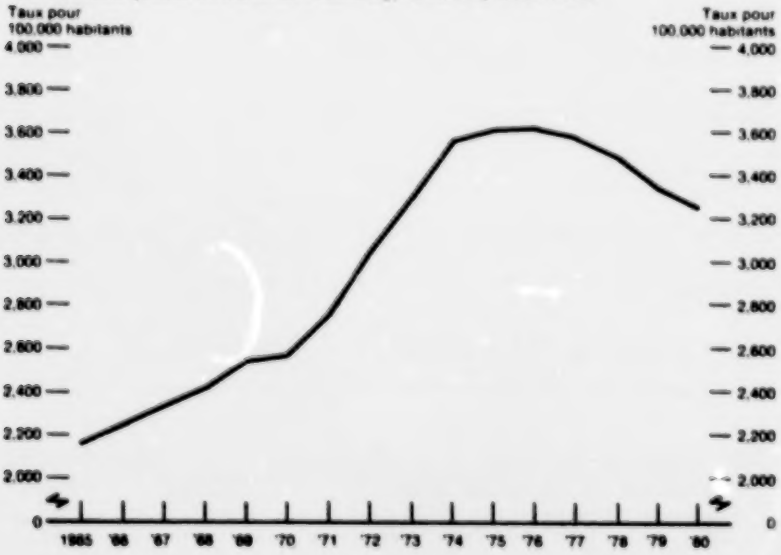
SOURCE: Addiction Research Foundation, "Statistics on Alcohol and Drug Use," (Toronto, 1982).

Graphique — 12

Nombre estimé d'alcooliques (selon la formule Jellinek), Canada, 1965-1980



Taux estimé (selon la formule Jellinek), Canada, 1965-1980



4.4 Accidents mortels de la circulation causés par l'usage de l'alcool

Les accidents de la circulation et les infractions au code de la route sont, de par leur nombre, un fardeau considérable pour les organismes chargés de faire observer la loi et pour le système juridique. Ils constituent également une cause importante de mort violente et prématurée et de blessures graves chez les Canadiens.

La Fondation canadienne de recherche sur les blessures de la route a calculé récemment que de 45 à 54 p. 100 des décès attribuables à des accidents de la circulation avaient un rapport avec l'usage de l'alcool, estimation qui concorde avec celle de la National Highway Safety Administration des États-Unis (50 %).

On estime que 5397 personnes ont perdu la vie sur les routes canadiennes en 1980; de ces 5397 décès, 2698 sont liés à l'usage de l'alcool. À cause des représentations faites par les parents des innocents passants tués ou blessés, la population est de plus en plus consciente de la magnitude de ce problème. Bien qu'on ait réussi à abaisser le nombre des pertes de vie causées par des accidents de la circulation, le risque proportionnel de mort accidentelle liée à l'usage de l'alcool demeure le même.

4.4.1 Risques relatifs selon l'âge et le sexe

Le nombre des pertes de vie attribuables à un accident de la circulation où l'alcool a joué un rôle était de 42 pour 100 000 chez les hommes de 15 à 24 ans (tableau 6). Chez les femmes, ce sont celles de 15 à 24 ans qui présentaient le taux le plus élevé (8 pour 100 000). Bien que le nombre des jeunes femmes touchées ait été cinq fois moins élevé que celui des jeunes hommes, le taux de ce groupe d'âge n'en était pas moins deux fois plus élevé que celui de la population féminine totale (4 pour 100 000).

TABLEAU 6

NOMBRE ESTIMATIF DES DÉCÈS LIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL ET TAUX ESTIMATIF DES MORTS ACCIDENTELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA, 1980

		Nombre estimatif de décès	Taux estimatif des morts accidentelles (pour 100 000)
HOMMES	Âge 15-24	990	41,5
	25-44	750	21,7
	45-64	383	17,1
	65+	127	12,9
	TOTAL	2250	18,9
FEMMES	Âge 15-24	178	7,7
	25-44	208	6,1
	45-64	62	2,7
	65+	-	-
	TOTAL	448	3,7

4.5 Problèmes associés à l'usage de l'alcool et signalés par les buveurs

On a demandé aux buveurs habituels qui participaient à l'Enquête Santé Canada si, au cours des douze mois antérieurs à l'enquête, l'alcool leur avait causé des ennuis tels que des relations tendues avec la famille ou les amis, des difficultés au travail ou à l'école, des troubles d'ordre physique, des problèmes au volant, des démêlés avec la justice et des blessures par suite d'un accident ou d'un comportement violent. Voici les différents types de problèmes que connaissent les buveurs habituels de 15 ans et plus au Canada.

TABLEAU 7

PROBLÈMES ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES BUVEURS HABITUELS, SELON LE TYPE DE PROBLÈMES, (RÉPARTITION EN POURCENTAGE), CANADA, 1978/79

	Hommes	Femmes	Total
	Répartition en pourcentage		
Relations tendues avec la famille ou les amis, ou mésentente	7,6	4,2	6,1
Troubles d'ordre physique	2,7	1,8	2,3
Problèmes au volant	2,2	,6	1,5
Blessures infligées à soi-même ou à quelqu'un d'autre	1,5	1,0	1,3
Démêlés avec la justice	1,9	,5	1,3
Problèmes au travail ou à l'école	1,5	,7	1,2
Pourcentage de personnes ayant signalé au moins un problème	12,4	6,1	9,7
Pourcentage de personnes n'ayant signalé aucun problème	81,8	88,1	84,5
Pourcentage de personnes dont les problèmes sont inconnus	5,8	5,8	5,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Nombre en milliers	6 456	4 964	11,420

*On a eu recours à la méthode du comptage multiple pour déterminer les types de problèmes.

SOURCE: Enquête Santé Canada, 1981.

Parmi les problèmes associés à l'usage de l'alcool, les tensions ou les désaccords entre le buveur et sa famille ou ses amis étaient considérés comme le problème le plus important par 8 p. 100 des buveurs habituels et 4 p. 100 des buveuses habituelles. Au deuxième rang venaient les troubles d'ordre physique signalés par 3 p. 100 et 2 p. 100 respectivement des buveurs et buveuses habituels.

Le troisième problème en importance signalé était les difficultés au volant. Il s'agissait là d'une question plus importante pour les hommes que pour les femmes, puisque le problème a été signalé par 2 p. 100 des buveurs, mais seulement par une fraction des buveuses (0,6 %).

Les blessures infligées à soi-même ou aux autres et les démêlés avec la justice se partageaient le quatrième rang. Il est intéressant de noter, toutefois, que les démêlés avec la justice étaient un problème plus grave pour les hommes, près de 2 p. 100 d'entre eux ayant signalé de telles difficultés alors que 1,5 p. 100 des buveurs habituels ont déclaré avoir subi ou causé des blessures, tandis que les blessures étaient un problème deux fois plus important (1 %) que les démêlés avec la justice (0,5 %) pour les buveuses habituelles.

Des difficultés au travail ou à l'école éprouvées par 1,5 et 0,7 p. 100 respectivement des buveurs et buveuses habituels constituaient la dernière catégorie de problèmes signalés.

4.5.1 Particularités régionales

Les estimations provinciales fondées sur les résultats de l'Enquête Santé Canada concernant les problèmes associés à l'usage de l'alcool sont présentées au tableau 8.

TABLEAU 8
PROBLÈMES ASSOCIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL, SELON LA PROVINCE, CANADA, 1978/79

	Pourcentage de personnes ayant signalé au moins un problème
Terre-Neuve	
Île-du-Prince-Édouard	14,6
Nouvelle-Écosse	10,7
Nouveau-Brunswick	12,5
TOTAL: Région de l'Atlantique	11,0
Québec	8,5
Ontario	9,2
Manitoba	9,0
Saskatchewan	10,7
Alberta	10,1
TOTAL: Prairies	9,9
Colombie-Britannique	12,4
Canada	9,7

C'est dans les provinces de l'Atlantique (11 %), en Colombie-Britannique (12,4 %) et dans les Prairies (9,9 %) qu'on trouvait les plus forts pourcentages de personnes ayant signalé des problèmes associés à la consommation d'alcool. Les pourcentages les plus faibles étaient ceux du Québec et du Manitoba (8,5 et 9 %). La province qui se rapprochait le plus de la moyenne nationale était l'Ontario (9,7 %).

4.5.2 Selon l'âge et le sexe

Ce sont les jeunes de 15 à 24 ans des deux sexes qui ont signalé le plus souvent des problèmes associés à l'usage de l'alcool : 13 p. 100 des adolescents de 15 à 19 ans et

11,5 p. 100 des jeunes de 20 à 24 ans ont signalé au moins un problème (tableau 9). Ce sont les personnes âgées (5 % chez les 65 ans et plus) qui ont signalé des problèmes associés à la consommation d'alcool le moins souvent.

Les hommes ont signalé des problèmes deux fois plus fréquemment que les femmes (12 % contre 6 %). L'écart entre les hommes et les femmes diminuait avec l'âge.

4.5.3 Caractéristiques socio-démographiques

a) État matrimonial

Le pourcentage des personnes aux prises avec des problèmes liés à la consommation d'alcool était plus élevé chez les célibataires des deux sexes que chez les gens mariés (ce taux était de 16 % pour les célibataires de sexe masculin alors qu'il était de 11 % pour les hommes mariés et il était de 9 % pour les femmes célibataires, tandis qu'il était de 5 % pour les femmes mariées).

À peu près autant de veufs que de veuves ont signalé des problèmes associés à la consommation d'alcool (6 %). Beaucoup de personnes séparées des deux sexes étaient aux prises avec des problèmes liés à l'usage de l'alcool (30 % chez les hommes et 18 % chez les femmes).

b) Revenu familial

Les personnes à faible revenu des deux sexes signalaient des problèmes liés à la consommation d'alcool plus fréquemment que les personnes qui avaient un revenu élevé. Le pourcentage des personnes aux prises avec de tels problèmes était de 10 p. 100 pour les hommes à revenu élevé et de 16 p. 100 pour les hommes à faible revenu.

Chez les femmes, l'écart entre les groupes était moins important que chez les hommes. Le taux des personnes aux prises avec des problèmes associés à la consommation d'alcool était de 5 p. 100 chez les femmes à revenu élevé et de 7 p. 100 chez les femmes à faible revenu.

TABLEAU 9

PROBLÈMES ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, SELON L'ÂGE, L'ÉTAT MATRIMONIAL, LE REVENU FAMILIAL ET LA SITUATION SUR LE PLAN DE L'EMPLOI, CANADA, 1978/79

		Sexe		
		Hommes	Femmes	Total
Âge	15-19	16,1	9,2	13,0
	20-24	15,8	6,2	11,5
	25-44	12,3	6,8	9,9
	45-64	10,8	4,3	8,1
	65+	5,4	-	4,5
	TOTAL	12,4	6,1	9,7
ÉTAT MATRIMONIAL				
Célibataire (jamais marié(e))		15,7	8,6	12,9
Marié(e)		10,7	4,7	8,2
Veuf (veuve)		5,9	5,8	5,9
Divorcé(e)		-	-	8,0
Séparé(e)		30,0	18,2	24,0
REVENU FAMILIAL				
Premier quintile		10,2	5,3	8,1
Deuxième quintile		13,0	5,6	9,8
Troisième quintile		13,5	5,5	10,1
Quatrième quintile		12,1	7,8	10,2
Cinquième quintile		15,7	7,3	11,7
SITUATION SUR LE PLAN DE L'EMPLOI				
Gestionnaire/ professionnel(le)		8,8	5,0	7,4
Autre type de col blanc		10,6	7,8	9,2
Col bleu		15,5	-	14,5
Total des personnes ayant un emploi		12,5	6,6	10,5
Total des personnes sans emploi		19,2	9,3	14,3
Personne non sur le marche du travail		9,4	5,1	6,5
	TOTAL	12,4	6,1	9,7

Donc, les données tirées de l'Enquête Santé Canada qui révèlent que les personnes à revenu élevé sont plus susceptibles d'être des buveurs habituels nous montrent également que c'est chez les personnes à faible revenu qu'on trouve le taux le plus élevé de buveurs aux prises avec des problèmes associés à l'alcool.

c) Situation sur le plan de l'emploi

C'est chez les sans emploi qu'on trouvait le plus de gens aux prises avec des problèmes associés à l'usage de l'alcool (le taux était de 14 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes).

Les cols bleus présentaient des taux beaucoup plus élevés de personnes ayant des problèmes que les cols blancs (15 % contre 9 %). Cela était évident chez les cols bleus de sexe masculin (le taux était de 16 % pour les cols bleus et de 11 % pour les cols blancs); toutefois, chez les cols bleus de sexe féminin, l'échantillon était trop petit pour qu'on puisse le comparer avec l'échantillon des cols blancs de sexe féminin.

C'est chez les gestionnaires et les professionnels des deux sexes qu'on trouvait les taux les plus faibles de personnes aux prises avec des problèmes liés à la consommation d'alcool (le taux était de 9 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes).

De façon générale, les résultats de l'Enquête Santé Canada concordent avec certaines constatations que l'on a faites récemment et qui nous portent à croire que, bien que les personnes au statut et au revenu élevés consomment plus d'alcool que les autres, elles semblent présenter moins de problèmes associés à l'usage de l'alcool que les personnes au statut et au revenu familial peu élevés.

Chapitre V

PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

5.1 Introduction

Il n'y a pas d'approche universelle aux problèmes de dépendance à l'égard de l'alcool, de même qu'aux incapacités qui peuvent en résulter. Il existe toute une gamme de programmes de traitement, depuis les services communautaires d'orientation jusqu'aux services de soins médicaux intensifs en établissement. Non seulement existe-t-il de nombreux types de programmes, mais chacun d'eux comprend une variété de modes de traitement et de méthodes d'intervention. Le présent chapitre donne des statistiques sur le traitement de l'alcoolisme dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques, de même que dans le cadre des programmes de traitement spécialisés.

5.2 Sources d'aide

La dépendance à l'égard de l'alcool n'est pas toujours perçue par l'intéressé ou par les autres comme un problème de santé. Dans certains cas, le problème de dépendance à l'égard de l'alcool semble disparaître après un léger traitement, voire de lui-même sans qu'il y ait eu intervention. Certaines personnes aux prises avec ce genre de problème demandent de l'aide auprès d'amis ou de professionnels. D'autres s'enferment obstinément dans leur problème. Comme on peut le voir, une proportion seulement des personnes aux prises avec un problème de dépendance à l'égard de l'alcool ou des problèmes connexes requérant une intervention thérapeutique reçoivent effectivement des traitements, et ce, pour diverses raisons. La liberté qu'a l'intéressé d'accepter ou de refuser d'être traité, les décisions que prennent les

personnes consultées, ou le manque de services de traitement appropriés sont autant de facteurs qui entrent en ligne de compte.

Pour la personne qui veut être traitée, il existe une variété de services. L'intéressé peut se tourner vers toute une gamme de sources d'aide possibles, depuis le réseau non officiel d'aide (famille, amis, collègues, clergé, groupes d'entraide) jusqu'au réseau officiel d'aide (médecins généralistes ou spécialistes, hôpitaux généraux, services psychiatriques et centres spécialisés de traitement.

Ces sources d'aide regroupent différents établissements et divers services offerts par un personnel dont la formation professionnelle et l'expérience varient. Certains établissements se limitent à traiter le problème de dépendance considéré isolément; d'autres s'intéressent aux problèmes connexes d'ordre social ou liés au milieu.

Le tableau 10 répartit ces sources d'aide en services spécialisés/non spécialisés et officiels/non officiels.

TABLEAU 10 TYPES DE SOURCES D'AIDE

	Services Officiels (professionnels)	Services Non-Officiels non-professionnels
Services spécialisés	Commissions provinciales de lutte contre l'alcoolisme Unités psychiatriques Psychiatres	Alcooliques anonymes (A.A.)
Services non-specialisés	Médecins généralistes Hôpitaux généraux Infirmières d'hygiène publique Infirmières d'hygiène professionnelle	Famille Amis Collègues

Les clients diffèrent par la nature de leurs problèmes, leurs antécédents sociaux et leur statut social, le stade auquel ils en sont au moment où ils cherchent à obtenir de l'aide, les sentiers suivis pour obtenir de l'aide et les circonstances dans lesquelles leur problème de dépendance a été dévoilé.

On a prétendu que le stade auquel en est la personne dépendante de l'alcool au moment de son entrée dans le système de traitement et les caractéristiques de ce système influent sur son comportement subséquent. Chose sûre, certains établissements sont mieux préparés (et obtiennent donc de meilleurs résultats) pour aborder un type ou un autre de problème de dépendance et pour répondre aux besoins d'un certain type de client. Malheureusement, on connaît trop peu de choses sur les résultats des traitements pour guider les intéressés dans le choix d'une thérapie.

La disponibilité, l'accessibilité et l'efficacité perçues d'un traitement influent sur le processus de la prise de décision concernant le traitement requis et, par voie de conséquence, sur le nombre et le type de personnes traitées pour un problème de dépendance à l'égard de l'alcool. Un secteur ou un établissement de traitement particulier peut fournir tous les services requis à un client ou encore servir de relais vers d'autres services. La majorité des clients, plus souvent qu'autrement, ne sont traités que par le premier organisme avec lequel ils entrent en contact.

À l'intérieur de chaque secteur et établissement de traitement, les clients ont recours à des quantités différentes de services. Habituellement, un nombre relativement important de clients utilisent relativement peu de services et un nombre relativement petit de clients en utilisent une grande quantité.

Il appert, à l'examen des statistiques concernant les traitements, qu'il importe de

bien distinguer les données centrées sur les événements (les admissions ou les radiations et les visites chez le responsable du traitement, par exemple) des données centrées sur le client (le nombre de services utilisés, le coût des traitements requis lors des épisodes de maladie, les résultats, par exemple).

À cause du manque de données exhaustives et intégrées, tant à l'échelon provincial que national, on ne peut disposer d'informations précises et complètes sur les clients non plus que de données sur les personnes qui reçoivent des traitements pour des problèmes de dépendance à l'égard de l'alcool. Les paragraphes qui suivent dans le présent chapitre fournissent des données centrées sur les événements relativement à certains des aspects les plus officiels du système de traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool. Ces données nous renseignent sur les caractéristiques des clients, les problèmes connexes de santé et l'utilisation des services.

5.3 Programmes spécialisés de traitement de l'alcoolisme

5.3.1 Introduction

Les programmes spécialisés de traitement relevant de la compétence des fondations et commissions provinciales de lutte contre l'alcoolisme incluent les programmes de désintoxication, de soins à court et à long terme en établissement de même que les services externes d'orientation. Aucune donnée concernant les admissions dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques ne sont incluses. Malgré leur grande diversité, les programmes spécialisés de traitement ont été classés, aux fins du présent rapport, en fonction de leurs caractéristiques structurelles, fonctionnelles et temporelles.

Voici la taxonomie qui en a résulté :

a) Programmes de désintoxication - Il s'agit d'une cure de sevrage, d'une durée de sept jours ou moins habituellement, au cours de laquelle des soins en établissement sont offerts.

b) Programmes en établissement prévoyant un séjour de moins de 31 jours - Il s'agit de programmes de réadaptation ou de traitement en établissement d'une durée de 30 jours ou moins.

c) Programmes en établissement d'une durée de 31 jours et plus - Il s'agit de services de réadaptation ou de traitement en établissement offerts pour une période de 31 jours et plus.

d) Programmes de soins de jour - Il s'agit de services externes et structurés de réadaptation ou de traitement offerts quatre heures par jour au moins à des personnes souffrant de dépendance à l'égard de l'alcool ou d'autres drogues; les clients ne séjournent pas là où les services sont offerts.

e) Programmes externes - Il s'agit de services de réadaptation ou de traitement (offerts à des intervalles réguliers prévus à l'avance ou sur demande) sur une base ambulatoire.

Les statistiques sur les programmes de traitement spécialisé ne rendent pas compte de la totalité des services offerts au Canada. Ces statistiques se fondent sur les informations concernant les traitements fournies par la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse pour l'année financière 1981-1982. Ces informations ont été colligées par le Groupe de travail de la statistique sur

l'alcool. Bien que les données ne concernent que les cinq provinces susmentionnées, elles n'en permettent pas moins d'établir des comparaisons entre les différents types de programmes de traitement par rapport à certaines caractéristiques concernant les clients (le sexe, l'âge et le statut professionnel) de même qu'à la durée du traitement.

5.3.2 Sexe des clients

Sur l'ensemble des clients qui ont participé à des programmes de traitement spécialisé, 78,2 p. 100 étaient des hommes et 21,8 p. 100, des femmes. Le rapport hommes-femmes était de 3,5 pour 1. Comme le montre le graphique 13, cet écart était particulièrement prononcé dans le cas des programmes en établissement prévoyant un séjour de 31 jours et plus, dans le cas desquels les hommes comptaient pour 91,6 p. 100 et les femmes pour 8,4 p. 100 du nombre total de clients. Ce sont les programmes de désintoxication qui venaient en deuxième lieu pour ce qui est du pourcentage de clients de sexe masculin, suivis par les programmes en établissement prévoyant un séjour de moins de 31 jours, les programmes de soins de jour et les programmes externes. Dans le cas de ces derniers programmes, 67,5 p. 100 des clients étaient des hommes et 32,5 des femmes. Ce sont donc les programmes externes qui remportaient la palme pour ce qui est du pourcentage de femmes parmi les clients.

5.3.3 Âge des clients

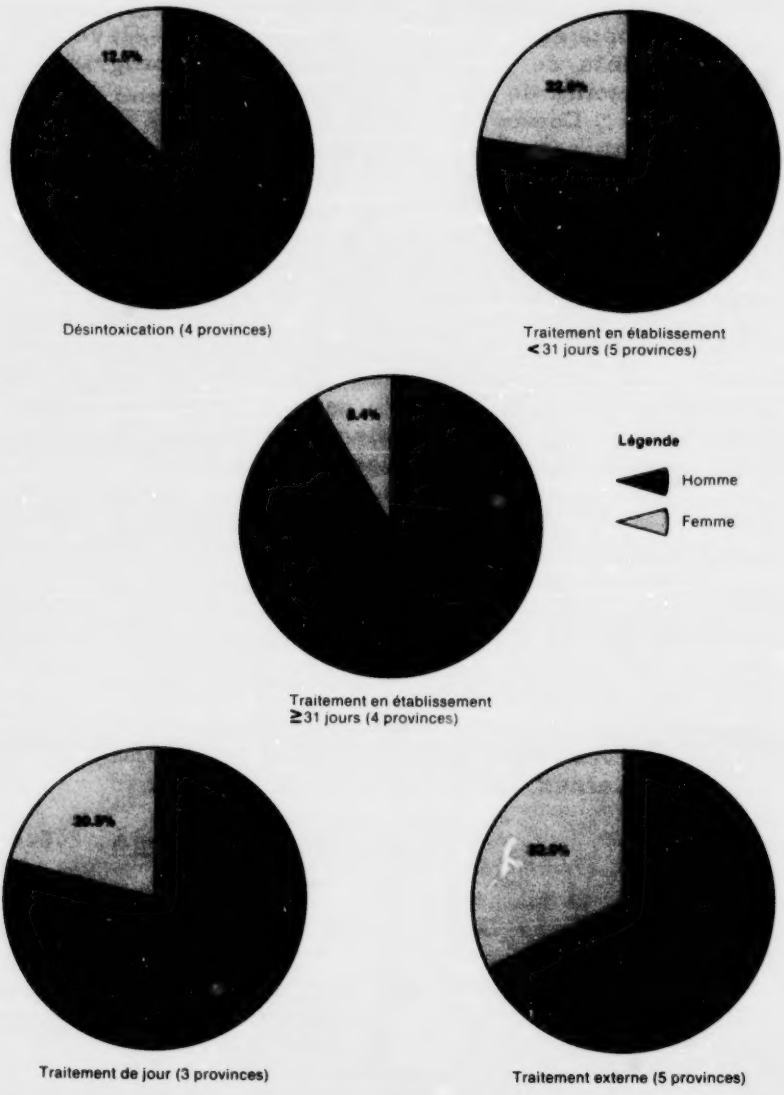
Une ventilation des clients selon l'âge révèle que 4,9 p. 100 d'entre eux avaient moins de 20 ans, 35,9 p. 100 entre 20 et 34 ans, 36 p. 100 entre 35 et 49 ans, 20,1 p. 100 entre 50 et 64 ans et 3 p. 100, 65 ans et plus. Bien que 40,9 p. 100 de tous les clients aient eu moins de 35 ans, les programmes de soins de jour externes

regroupaient une plus forte proportion de clients appartenant à ce groupe d'âge (50,9 et 51,9 % respectivement) que les programmes de désintoxication et de soins en établissement prévoyant un séjour de 31 jours et plus (30,2 et 43,4 % respectivement). En revanche, ces deux derniers types de programmes comptaient un pourcentage plus élevé de clients de 50 ans et plus que les programmes de soins de jour et externes.

Comme le montre le graphique 14, il y avait peu de différence entre les programmes de soins de jour et les programmes externes pour ce qui est de la répartition des groupes d'âge de l'un et l'autre sexe. Dans le cas des programmes en établissement, néanmoins, on remarquait plus d'hommes que de femmes chez les moins de 35 ans. Cette disparité était particulièrement prononcée pour les programmes de désintoxication, dans le cas desquels les moins de 35 ans comptaient pour 40,2 p. 100 des clients de sexe féminin et pour 28,8 p. 100 des clients de sexe masculin. On remarquait la tendance opposée chez les 50 ans et plus, qui comptaient une plus forte proportion d'hommes que de femmes.

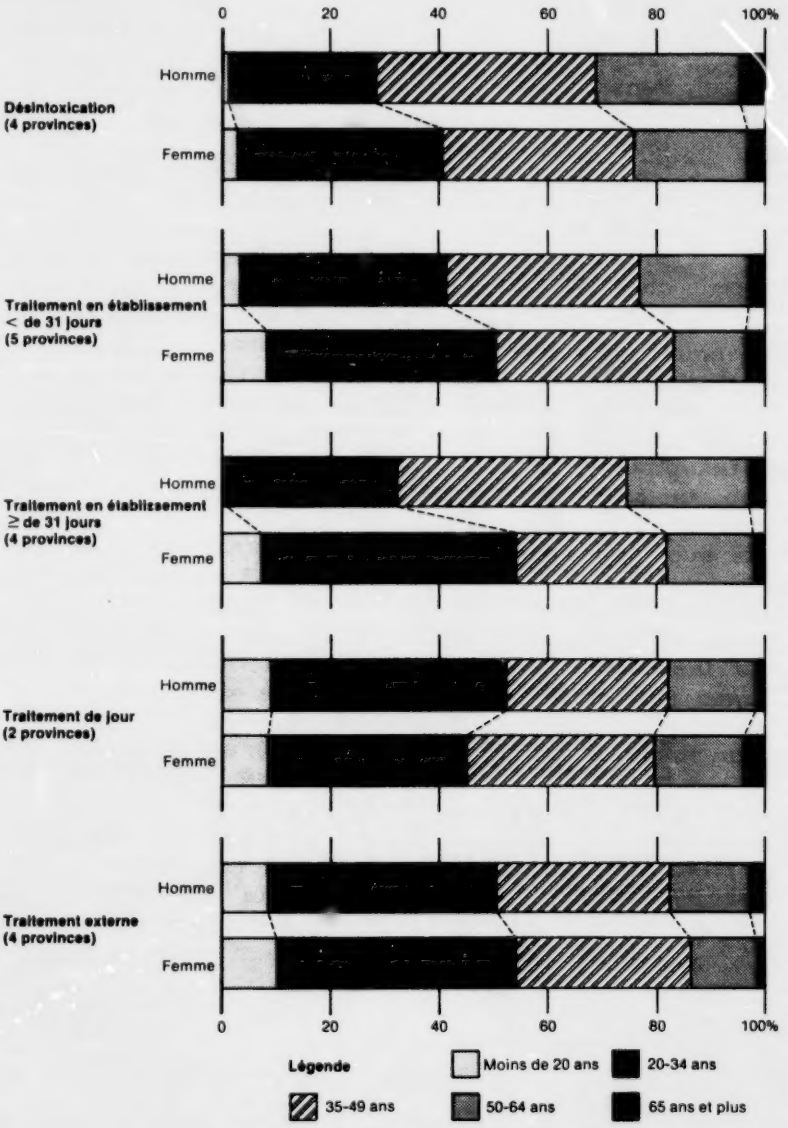
Graphique — 13

Répartition proportionnelle des admissions, selon le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82



Graphique — 14

Répartition proportionnelle des admissions, selon l'âge, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82



5.3.4 Statut professionnel des clients

Parmi les groupes qui composent la clientèle des programmes de traitement spécialisé, ce sont les chômeurs qui enregistraient la plus forte proportion (50,3 p. 100). Les clients occupant un emploi à temps plein comptaient pour 34,4 p. 100 de l'ensemble des clients et les "autres" groupes (ménagères, étudiants, retraités et travailleurs saisonniers, etc.) pour 15,3 p. 100. On notait une disparité considérable entre les divers types de programmes de traitement pour ce qui est du statut professionnel. La proportion des chômeurs était plus élevée chez les clients des programmes en établissement prévoyant un séjour de 31 jours et plus (85 p .100) et des programmes de désintoxication (61,2 p .100) que chez les clients des autres types de programmes (pour lesquels on notait des pourcentages allant de 36,4 à 41,8 p. 100).

Le taux des chômeurs était considérablement plus élevé chez les hommes (35,8 p .100) que chez les femmes (28,9 p . 100). On notait la même disparité chez les clients de tous les types de programmes de traitement; néanmoins, c'est chez les clients des programmes en établissement de 31 jours et plus qu'elle était la moins prononcée. On notait la tendance opposée chez les clients des "autres" groupes, qui se composaient d'un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes : 25,3 contre 12,8 p. 100. Cette tendance était particulièrement évidente chez les clients des programmes externes et en établissement de moins de 31 jours (voir le graphique 15).

5.3.5 Durée du traitement

Dans le cas des programmes de désintoxication, 27,2 p. 100 des clients recevaient leur congé au bout de deux jours au plus. Quant aux autres clients, 26,6 et 33,2 p. 100 effectuaient des séjours de trois à quatre jours et de cinq à sept jours respectivement. En tout, 86,9 p. 100 des clients des programmes de désintoxication recevaient leur congé au bout de huit jours au plus, les 13,1 p. 100 restants effectuant des séjours plus prolongés. On notait peu de différence entre les hommes et les femmes pour ce qui est de la durée du séjour (voir le graphique 16).

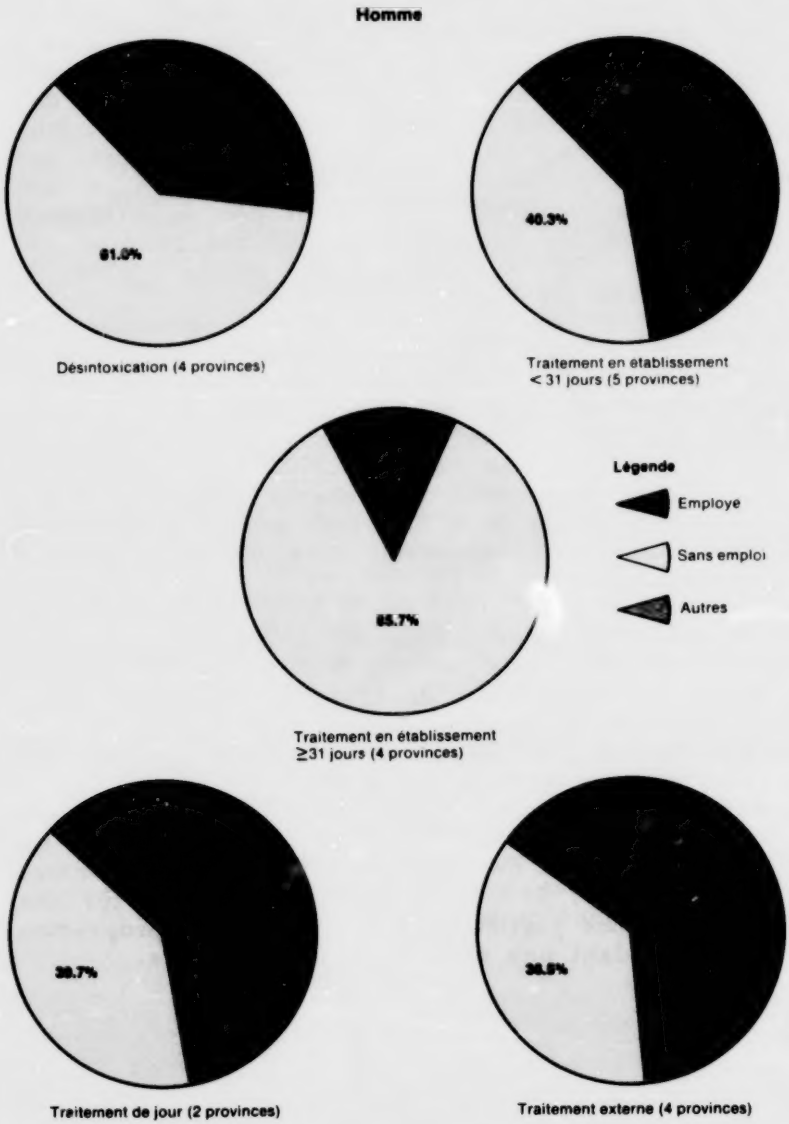
Dans le cas des programmes en établissement prévoyant un séjour de moins de 31 jours, 29,1 p. 100 des clients recevaient leur congé au bout de 16 jours au plus. Ce taux était plus élevé chez les femmes (39,5 %) que chez les hommes (25,2 %). Cinquante-sept pour cent des clients effectuaient des séjours de 16 à 30 jours, groupe à l'intérieur duquel on retrouvait plus d'hommes que de femmes.

Dans le cas des programmes en établissement prévoyant un séjour de 31 jours et plus, 37,6 p. 100 des clients faisaient un séjour de moins de 31 jours, 44 p. 100 poursuivaient leur traitement pendant une période de 31 à 90 jours, et 16 p. 100 pendant une période de 91 à 180 jours.

Dix-sept pour cent des clients des programmes de soins de jour recevaient un traitement de moins de 16 jours. Par contre, 84,1 p. 100 des hommes et 77,5 p. 100 des femmes participaient à ce type de programme pendant une période de 16 à 30 jours.

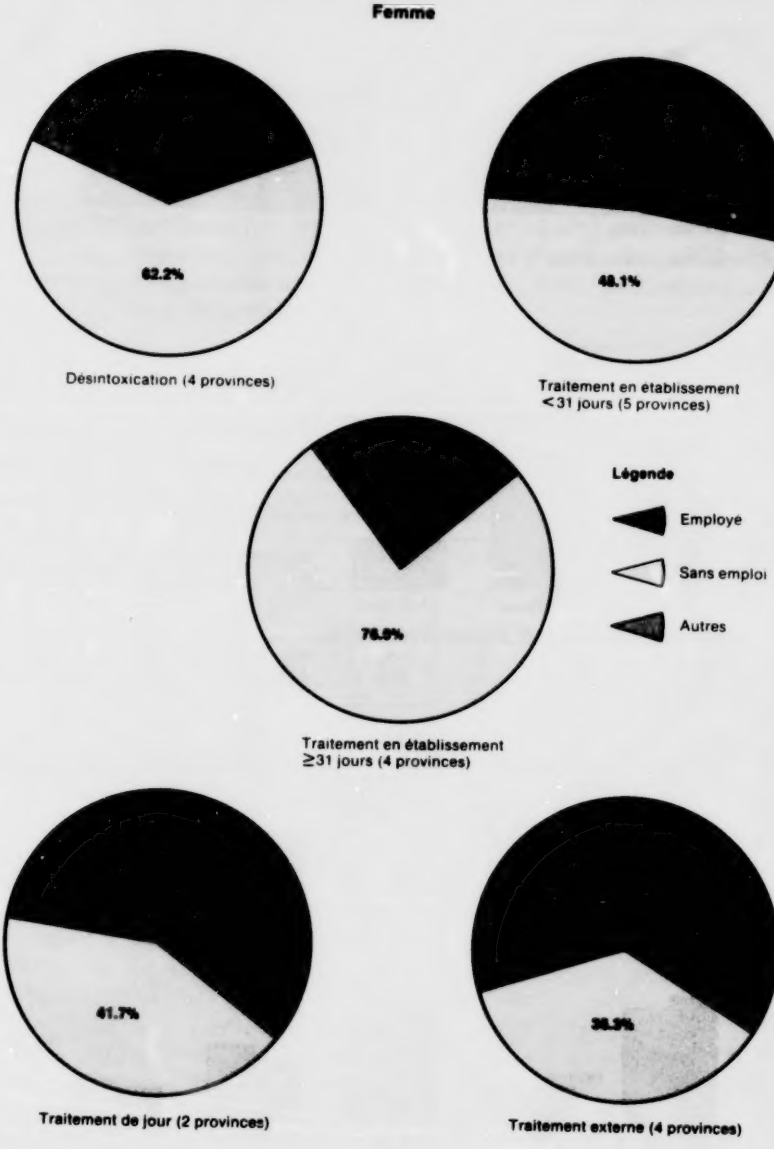
Graphique — 15-1

Répartition proportionnelle des admissions, selon le statut professionnel, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82



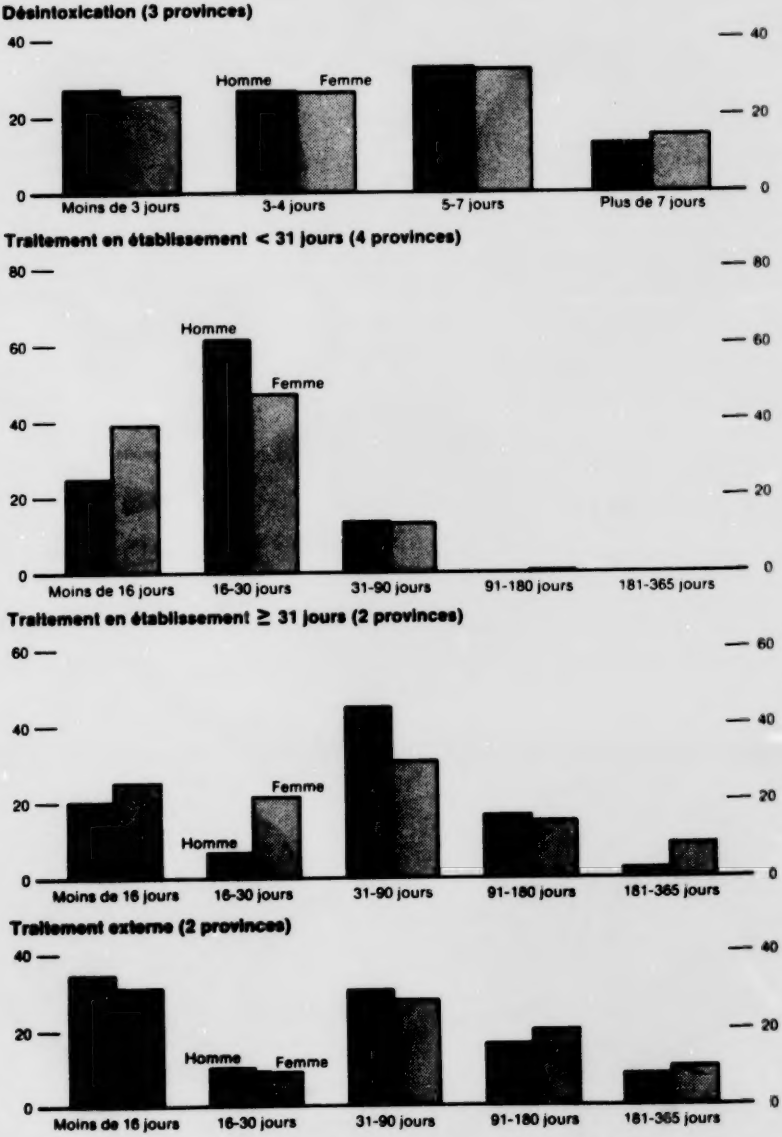
Graphique — 15 (fin)

Répartition proportionnelle des admissions, selon le statut professionnel, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82



Graphique — 18

Répartition proportionnelle des admissions, selon la durée du traitement, le sexe et le genre de programme, Commissions et Fondations de lutte contre l'alcoolisme, Canada, 1981/82



5.3.6 Centres de soins en établissement pour

Sur un total de 231 établissements (tableau 11), 106 centres de soins en établissement pour alcooliques et autres toxicomanes ont participé à l'Enquête sur les établissements de soins spéciaux menée en 1980-1981 par Statistique Canada. Ces établissements comptaient pour 2231 des 5889 lits dressés approuvés ou 38 p. 100 du nombre total des lits dressés. On enregistrait 33 379 radiations et un total de 858 992 jours-patients. Pour les 231 établissements en service, on estimait à 52 629 et à 1 354 381 respectivement le nombre des radiations et des jours-patients.

TABLEAU 11 CENTRES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENT POUR ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, CANADA, 1980/81

Nombre de lits	Établissements en service			Établissements participants		
	Nombre	Nombres estimatif de radiations	Lits	Nombre	Nombre de radiations	Lits
4-9	23	2 338	169	8	960	63
10-19	106	12 364	1 488	49	6 520	667
20-	102	37 927	4 232	49	25 899	2 231
Total	231	52 629	5 889	106	33 379	2 961

5.4 Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

5.4.1 Introduction

La présente section fournit des données sur les caractéristiques médicales et démographiques des patients qui ont reçu leur congé d'hôpitaux généraux et d'hôpitaux psychiatriques où on leur avait apposé un premier diagnostic de troubles liés à l'alcool (syndrome de dépendance à l'égard de l'alcool ou psychose alcoolique). Ces données ne constituent pas un relevé du nombre des patients, mais du nombre de radiations au cours de l'année considérée.

5.4.2 Caractéristiques des établissements

Le nombre total des radiations dans les hôpitaux généraux et psychiatriques a décliné de 6 p. 100 entre 1972 et 1980-1981, période au cours de laquelle il est passé de 35 398 à 33 430. Pour les hôpitaux généraux, le nombre de radiations s'est accru de 9 p. 100, tandis que pour les hôpitaux psychiatriques, il a diminué de 48 p. 100 (graphique 17). En 1980-1981, les hôpitaux généraux comptaient pour 86 p. 100 des radiations de patients traités pour des troubles liés à l'alcool comparativement à 75 p. 100 en 1972 (tableau 12).

Pour ce qui est des hôpitaux généraux, toutes les provinces, sauf Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, ont enregistré un nombre record de radiations et des taux records de radiations pour 100 000 habitants en 1976 (graphique 18). Dans le cas des hôpitaux psychiatriques, deux provinces seulement enregistraient des données comparables, soit l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec; toutes les autres provinces ont connu un déclin assez persistant tant du nombre de radiations que des taux de radiations pour 100 000 habitants entre 1972 et 1980-1981 (graphique 19).

Graphique — 17

Radiations, problèmes de l'alcoolisme, selon le genre d'établissement, Canada, 1972-1980/81

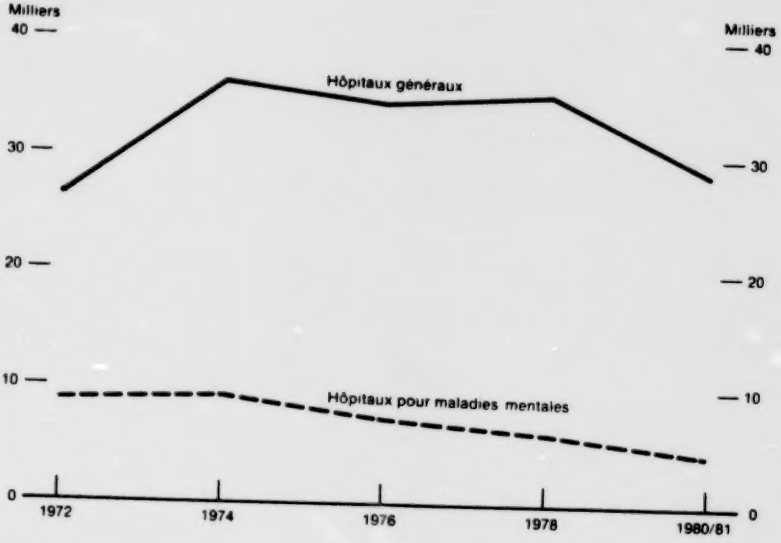


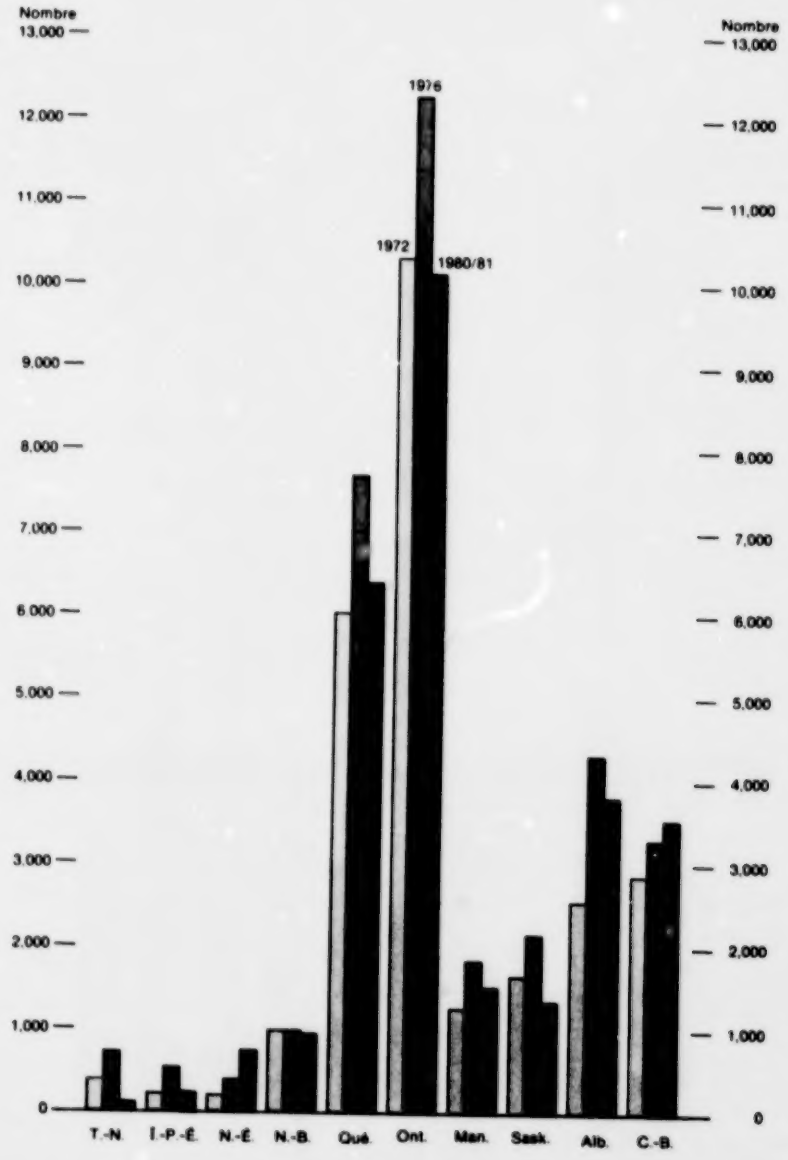
TABLEAU 12

RADIATIONS PAR TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL, PAR JOURS DE SOINS, HOPITAUX GÉNÉRAUX ET HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, 1972, 1976, 1980/1981

	1972			1976			1980-81		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Hôpitaux généraux									
Radiations	26 432	21 600	4 832	34 236	27 134	7 102	28 732	22 699	6 033
Jours de soins	282 209	223 699	58 510	369 200	288 333	80 867	370 159	292 327	77 832
Hôpitaux psychiatriques									
Radiations	8 966	7 718	829	7 401	6 143	1 258	4 698	3 819	879
Jours de soins	640 231	606 242	33 989	587 968	532 616	55 352	219 448	178 566	40 882
Total									
Radiations	35 398	29 318	6 080	41 637	33 277	8 360	33 430	26 518	6 912
Jours de soins	922 440	829 941	92 499	957 168	820 949	136 216	584 607	470 893	118 714

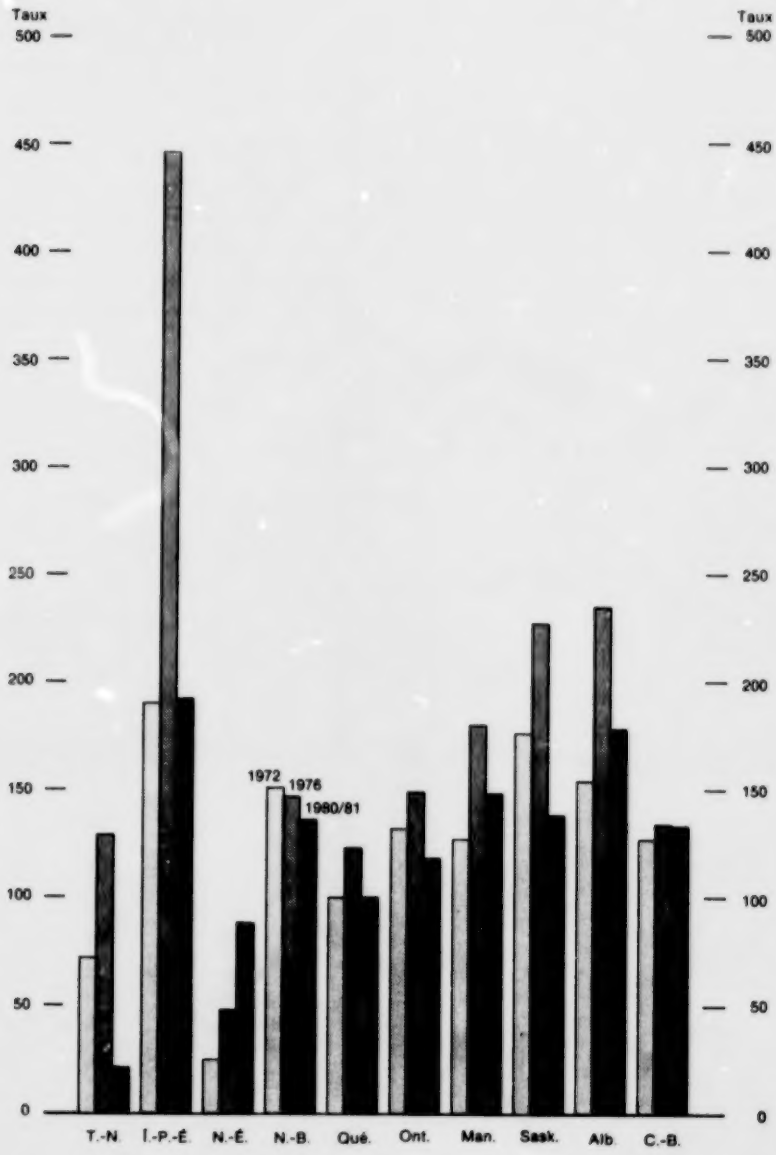
Graphique — 18 - I

Hôpitaux généraux, radiations, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81



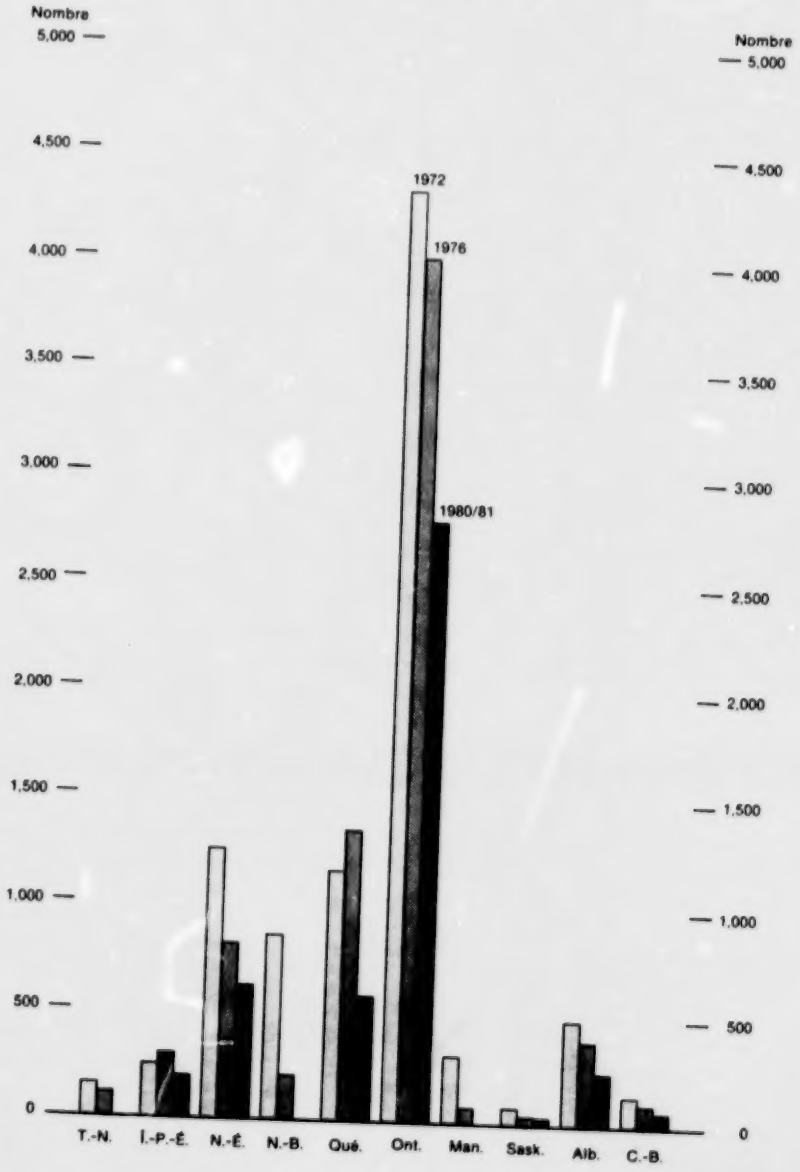
Graphique — 18 (fin)

Hôpitaux généraux, taux de radiation pour 100,000 habitants, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81



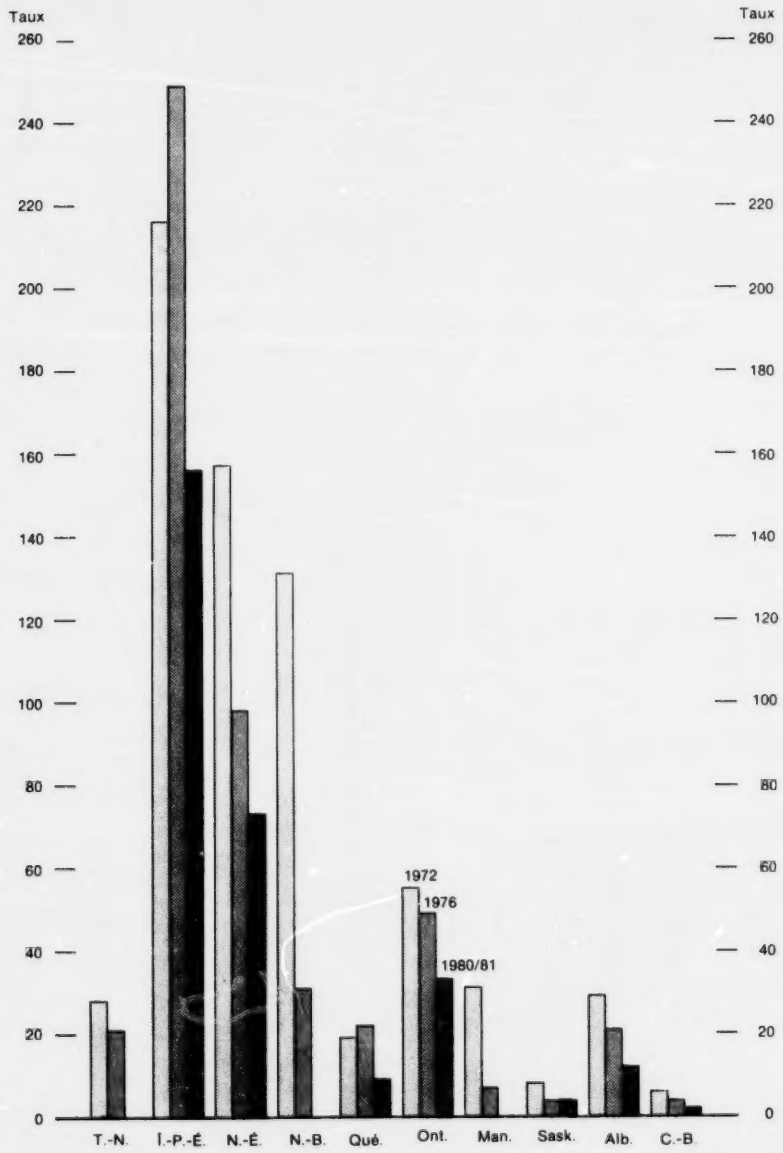
Graphique — 19-1

Hôpitaux pour maladies mentales, radiations, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81



Graphique — 19 (fin)

Hôpitaux pour maladies mentales, taux de radiation pour 100,000 habitants, problèmes de l'alcoolisme, par province, Canada, 1972, 1976 et 1980/81



5.4.3 Radiations selon le sexe

En 1980-1981, les radiations, dans le cas des femmes traitées pour des troubles liés à l'alcool, comptaient pour 21 p. 100 du nombre total des radiations, comparativement à 17 p. 100 en 1972. En 1980-1981, les femmes comptaient pour 21 p. 100 des radiations dans les hôpitaux généraux et pour 19 p. 100 des radiations dans les hôpitaux psychiatriques.

5.4.4 Radiations selon l'âge

L'âge médian des patients ayant reçu leur congé après avoir été traités pour des troubles liés à l'alcool est demeuré passablement stable depuis 1972. En 1980-1981, l'âge médian s'établissait à 44 ans pour les femmes et 45 ans pour les hommes.

5.4.5 Durée du séjour à l'hôpital

La durée médiane des séjours à l'hôpital des patients traités pour des troubles liés à l'alcool est demeurée assez constante entre 1972 et 1981. En 1980-1981, la durée médiane des séjours s'établissait à 6 jours dans les hôpitaux généraux et à 21 jours dans les hôpitaux psychiatriques (graphique 20).

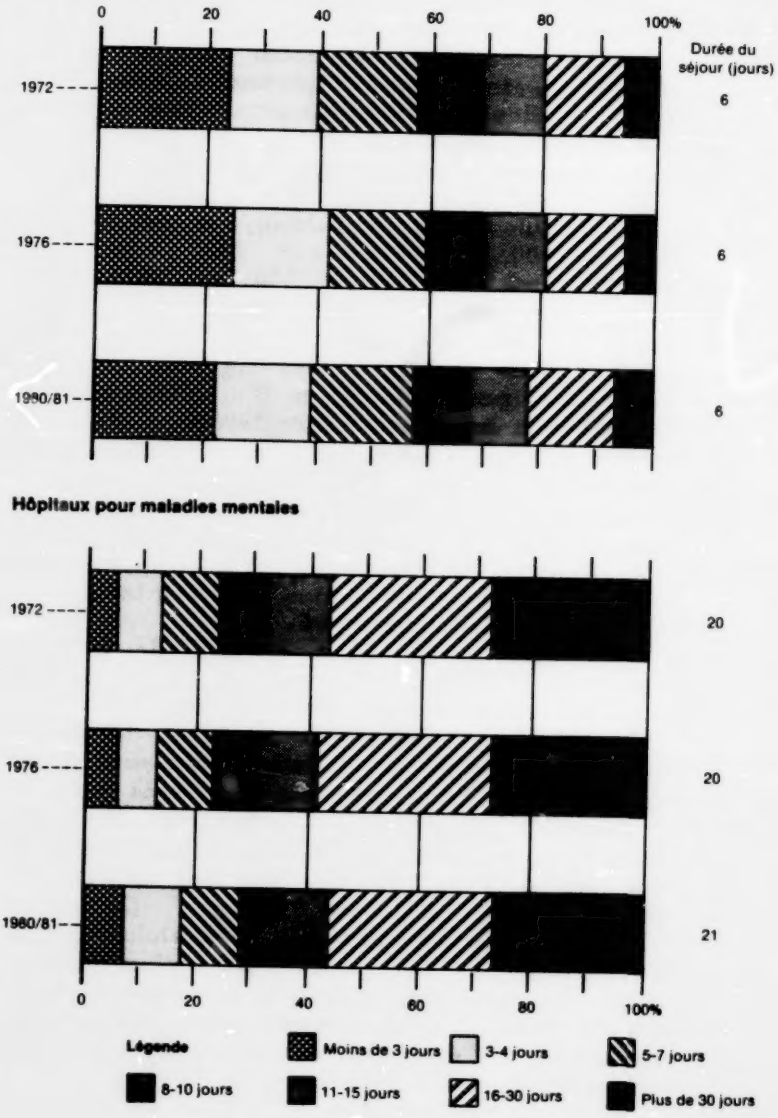
Dans les hôpitaux généraux, 22 p. 100 des radiations venaient après un séjour de moins de 3 jours, tandis que dans les hôpitaux psychiatriques moins de 8 p. 100 des radiations suivaient un séjour de moins de 3 jours.

Au cours de la période allant de 1972 à 1981, le nombre total de jours de soins pour des troubles liés à l'alcool a diminué de 66 p. 100 dans les hôpitaux psychiatriques (tableau 12). Cette importante diminution est attribuable au fait que de nombreux patients recevant des soins prolongés ont reçu leur congé pendant cette période. Dans les hôpitaux généraux, néanmoins, le nombre total de

jours de soins a augmenté de 31 p. 100. En 1980-1981, les hôpitaux psychiatriques comptaient pour 37 p. 100 du nombre total de jours de soins, comparativement à 69 p. 100 en 1972.

Graphique — 20

Radiations, problèmes de l'alcoolisme, selon le genre d'établissement et la durée du séjour, Canada, 1972, 1976 et 1980/81



5.4.6 Méthode d'admission

Les données recueillies concernant la méthode d'admission s'appliquent à la période allant de 1976 à 1978 et sont réparties en deux catégories : admissions volontaires et admissions involontaires qui, elles, ont été ventilées en sous-groupes : placements d'urgence, internement, placements par décision du lieutenant-gouverneur, par mandat, etc.

Le taux des admissions involontaires, par rapport à l'ensemble des admissions pour des troubles liés à l'alcool, a décliné de 25 p. 100 en 1976 (soit 2427 admissions involontaires) à 19 p. 100 en 1978 (soit 1757 admissions involontaires). Cette tendance ne se répétait pas uniformément dans toutes les provinces (graphique 21). L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick enregistraient un plus grand nombre d'admissions involontaires pour des troubles liés à l'alcool que d'admissions volontaires. C'est l'Île-du-Prince-Édouard qui enregistrait le pourcentage le plus élevé d'admissions involontaires par rapport au nombre total d'admissions et l'Ontario qui enregistrait le moins élevé.

L'internement était la méthode la plus courante d'admission obligatoire de personnes aux prises avec des troubles liés à l'alcool. (L'expression internement s'entend de l'hospitalisation forcée de malades mentaux satisfaisant aux critères établis dans la loi provinciale régissant le secteur de l'hygiène mentale). En 1978, les internements comptaient pour 66 p. 100 des admissions involontaires (tableau 13). Ce sont l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan qui enregistraient les taux les plus élevés d'internements par rapport au nombre total d'admissions involontaires; ce sont, en revanche, Terre-Neuve et l'Alberta qui enregistraient les taux les plus faibles.

5.4.7 Cirrhose

Entre 1972 et 1978, le nombre des patients ayant obtenu leur congé d'hôpitaux généraux après y avoir été traités pour une cirrhose a augmenté de 16 p. 100 pour les femmes et de 7 p. 100 pour les hommes (tableau 14). Néanmoins, le taux des radiations pour 100 000 habitants est demeuré assez stable pour les deux sexes. La durée moyenne du séjour a diminué de 21,6 jours en 1972 à 18,8 jours en 1978. Environ 60 p. 100 de ces radiations concernaient des personnes ayant entre 45 et 64 ans.

Graphique — 21

Hôpitaux pour maladies mentales, répartition proportionnelle des admissions, problèmes d'alcoolisme, selon la province et le genre d'admission, Canada, 1976-1978

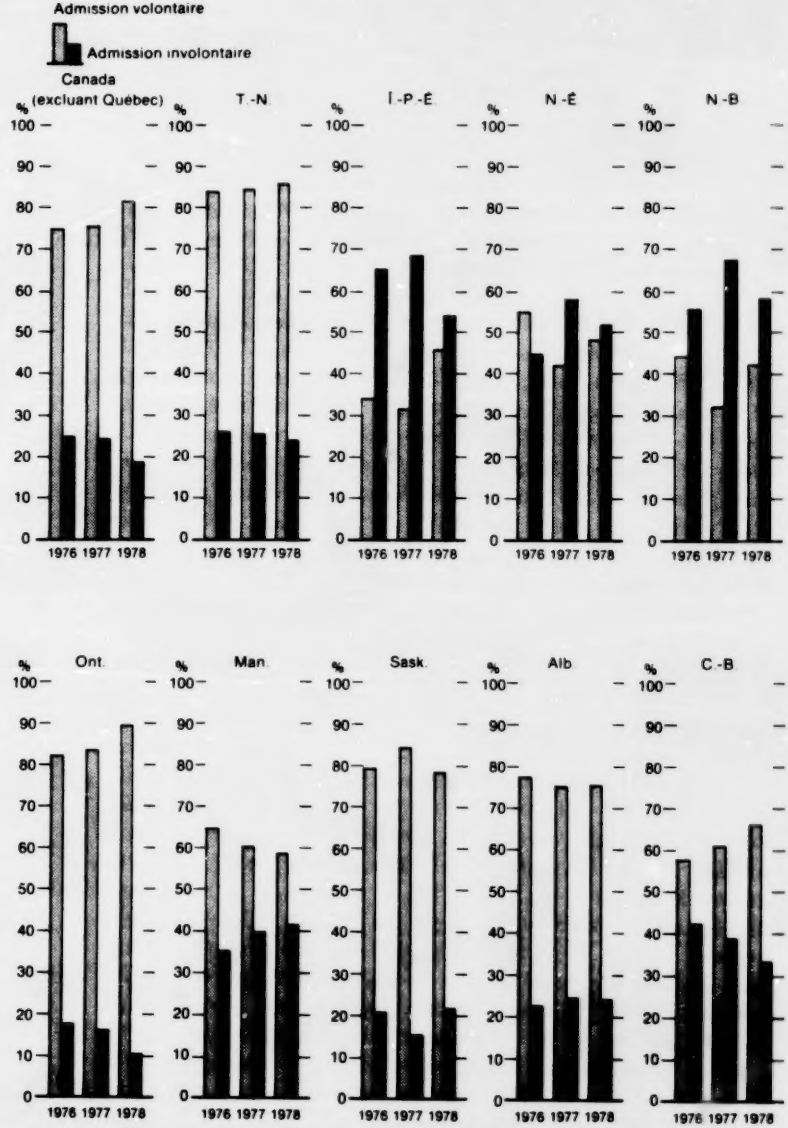


TABLEAU 13-I

NOMBRE TOTAL D'ADMISSIONS POUR DES TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL, SELON LE TYPE D'ADMISSIONS INVOLONTAIRES, CANADA, 1978

ADMISSIONS INVOLONTAIRE	Canada		Terre-Neuve		Île-du-Prince Édouard		Nouvelle-Ecosse		Nouveau-Brunswick	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Placements D'urgence	284	16	44	42	1	6	2	2	2	1
Internements	1 163	66	25	24	108	235	25	25	129	83
Par Décision du Lieutenant-Gouverneur	5	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Par Mandat	210	12	22	21	2	35	55	13	25	16
Autres	95	5	11	11	-	-	-	-	-	-
Total	1 757	100	104	100	111	276	276	100	156	100

TABLEAU 13-II

NOMBRE TOTAL D'ADMISSIONS POUR DES TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL, SELON LE TYPE D'ADMISSIONS INVOLONTAIRES, CANADA, 1978

ADMISSIONS INVOLONTAIRE	Ontario		Manitoba		Saskatchewan		Alberta		Colombie-Britannique	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Placements D'urgence	123	17	15	23	-	-	26	22	67	41
Internements	443	62	47	73	43	92	52	44	81	49
Par Décision du Lieutenant-Gouverneur	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Par Mandat	75	11	2	3	4	9	32	27	13	8
Autres	73	10	-	-	-	-	8	7	3	2
Total	716	100	64	100	47	100	118	100	165	100

TABLEAU 14 **CIRRHOSE, RADIATIONS, HÔPITAUX GÉNÉRAUX, CANADA, 1972-1978**

		1972	1974	1976	1978
Radiations	H	6 929	7 976	7 674	7 424
	F	3 460	3 850	3 764	4 009
	T	10 389	11 826	11 438	11 433
Radiations pour 100 000 habitants	H	64	71	67	64
	F	32	34	33	34
	T	48	53	50	49
Jours de soins	H	145 312	158 858	140 787	137 678
	F	79 441	85 647	81 319	77 717
	T	224 753	244 505	222 106	215 395
Durée moyenne du séjour	H	21,0	19,9	18,3	18,5
	F	23,0	22,2	21,6	19,4
	T	21,6	20,7	19,4	18,8

Chapitre VI

MESURES REQUISES

6.1 Répercussions sur la prévention

Il ne fait pas de doute que les problèmes liés à l'alcool au Canada requièrent fortement la mise en oeuvre de mesures préventives. Des efforts de prévention sont d'autant plus justifiés qu'on estime qu'au moins un demi million de Canadiens peuvent être classés comme alcooliques ou dépendants de l'alcool et que plus d'un million boivent au point de s'exposer eux-mêmes ou d'exposer d'autres personnes à des risques. Qui plus est, le fait qu'au Canada un nombre imposant de personnes sont accusées de délits reliés à l'usage de l'alcool et sont traitées pour des problèmes d'alcoolisme montre que des ressources substantielles sont englouties dans la lutte contre les conséquences de la consommation d'alcool. En outre, même si le niveau de consommation et l'ampleur de certains problèmes liés à l'alcool semblent s'être stabilisés ces dernières années, les tendances observées au Canada au cours des années 70 et les comparaisons qu'on peut faire entre les données canadiennes et les données internationales montrent que le Canada n'est pas justifié de s'asseoir sur ses lauriers. De 1975 à 1980, un plus grand nombre de provinces ont enregistré un accroissement de la consommation globale d'alcool plutôt qu'une diminution. Le taux de consommation d'alcool, et particulièrement de bière et de spiritueux, est encore relativement élevé, et la place qu'occupe le Canada parmi les pays consommateurs n'a pas changé beaucoup au cours de la dernière décennie. Il est possible aussi que la stabilisation actuelle soit attribuable au ralentissement de l'économie canadienne, auquel cas la situation changera dès que l'économie reprendra. Aussi, les statistiques

fournies dans le présent rapport donnent-elles à entendre que tous les paliers de gouvernement au Canada devraient considérer comme prioritaires les mesures visant à prévenir les problèmes liés à l'alcool. Pareille ligne de conduite serait en accord avec les recommandations et résolutions récentes de l'Organisation mondiale de la santé. Les données présentées permettent aussi d'établir un certain nombre de tactiques préventives que le Canada pourrait avoir intérêt à mettre en oeuvre.

D'abord, les rapports qu'on a pu établir entre le niveau global de consommation dans la population et les problèmes liés à l'alcool donnent à penser que les efforts visant à maintenir ou à réduire le niveau de consommation dans la population devraient être encouragés. Les textes scientifiques publiés partout dans le monde sur le sujet appuient considérablement les efforts déployés dans ce sens. Malgré le caractère équivoque des données dont on dispose concernant les effets des différents types d'intervention, il est tout à fait justifié de poursuivre l'objectif global de prévention en vue d'essayer de réduire la consommation per capita d'alcool, par le biais d'une variété de stratégies, y compris d'un contrôle sur l'accès à l'alcool et d'efforts visant à modifier les habitudes de consommation dans une optique de promotion de la santé.

Il a aussi été établi, preuves à l'appui, que certains groupes dans la population -- les jeunes et les femmes tout particulièrement -- commencent à boire à un âge plus précoce et subissent un plus grand nombre de conséquences associées à l'alcool que par le passé. Donc, pour ce qui est strictement de l'ampleur des problèmes liés à l'alcool, de leur coût économique et de l'émergence de nouveaux groupes de consommateurs, on est amplement justifié d'accroître les mesures de prévention destinées à ces groupes particuliers. D'autre part, il importe de souligner

que les Canadiens adultes de sexe masculin sont ceux qui éprouvent le plus grand nombre de problèmes liés à l'alcool.

Les statistiques donnent aussi à entendre que certains types de problèmes liés à l'alcool peuvent constituer des cibles propices à la mise en oeuvre de mesures de prévention. Ainsi, le fait que le nombre d'accidents de la route associés à l'alcool soit élevé dans toutes les provinces met en relief la nécessité de programmes de prévention visant à contrer la conduite en état d'ébriété. De tels programmes permettraient en outre une collaboration efficace et innovatrice entre tous les gouvernements concernés, plusieurs ministères, des organismes bénévoles, des citoyens et même l'industrie des boissons alcooliques.

En outre, le fait qu'il existe des liens entre l'alcool et la famille justifie la mise en oeuvre de mesures préventives. Les problèmes familiaux étaient le type de problèmes le plus fréquemment mentionnés par les personnes faisant usage d'alcool qui ont participé à l'Enquête Santé Canada. L'enfant dont le père ou la mère ou l'un et l'autre sont alcooliques est plus exposé qu'un autre à éprouver plus tard des problèmes d'alcool. Bien que les parents aient une influence très forte sur le comportement de leurs enfants, ces derniers peuvent eux aussi avoir une influence sur le comportement de leurs parents. Par conséquent, il est certainement souhaitable que les programmes d'éducation soient axés à la fois sur les enfants et sur leurs parents.

Enfin, les différences constatées entre les provinces et territoires pour ce qui est de la consommation d'alcool, de même que des problèmes et des traitements y afférents sont d'autres facteurs dont les programmes de prévention doivent tenir compte. En termes plus précis, chaque gouvernement peut adopter une approche qui lui convienne particulièrement en matière de prévention des

problèmes liés à l'alcool, de façon à concentrer ses efforts sur des groupes cibles particuliers, de même que sur les problèmes liés à l'alcool qui lui sont propres. Voilà pourquoi nous invitons chaque gouvernement concerné à examiner les statistiques fournies dans le présent document de même que les autres données qu'il peut avoir à sa disposition, en vue de déterminer quels efforts de prévention sont les plus indiqués dans son cas particulier. En outre, les gouvernements concernés auraient peut-être intérêt à tirer parti des réseaux de communication existants entre eux, en vue de promouvoir les programmes mis au point par chacun et de permettre à d'autres d'en tirer avantage.

6.2 Répercussions sur les traitements

Il appert clairement à l'examen des statistiques que les établissements généraux de santé dispensent beaucoup de soins et de traitements non spécialisés pour des problèmes liés à l'alcool. Qui plus est, les études menées au Canada ont montré que les médecins généralistes traitent beaucoup de personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcool. Il y aurait peut-être lieu de mettre davantage l'accent sur des efforts visant à former et à renseigner les responsables du réseau général de soins de santé, de façon à ce qu'un plus grand nombre d'entre eux puissent reconnaître et traiter comme il se doit les problèmes liés à l'alcool qu'ils rencontrent dans leur pratique.

L'augmentation apparente du nombre de femmes qui tirent parti des programmes officiels de traitement est digne de mention. On peut se demander si ces programmes, qui s'adressaient surtout à une clientèle masculine dans le passé, sont équipés pour répondre aux besoins des femmes, puisque ces dernières peuvent éprouver des problèmes différents de ceux des hommes et requérir une approche thérapeutique différente. La

même remarque s'impose au sujet des jeunes qui, parce qu'ils commencent à boire plus tôt que ne le faisait la génération précédente, peuvent constituer une clientèle de plus en plus nombreuse pour les programmes officiels de traitement qui connaissent mal cette clientèle. Aussi faudrait-il qu'on fasse un effort particulier en vue de s'assurer que les programmes de traitement répondent aux besoins de ces groupes particuliers.

Le présent rapport et d'autres documents indiquent que seulement une faible proportion de la population à risque veut être traitée, est adressée à un centre de traitement ou se voit offrir un traitement. Cette constatation donne à penser qu'il faudrait mettre au point des méthodes qui permettent de rejoindre l'importante population cachée de gros buveurs qui s'exposent eux-mêmes et exposent d'autres personnes à des risques.

Il ressort entre autres des données dont on dispose concernant les traitements qu'il importe que les ressources disponibles soient utilisées de façon plus efficace ou que de nouvelles ressources à faible coût par unité (contact client, par exemple) soient mises en place. Il serait bon notamment d'encourager les intéressés à s'aider eux-mêmes en tirant parti des services offerts par les associations religieuses, communautaires ou par l'employeur.

Enfin, le fait que certaines provinces recourent de façon intensive au traitement obligatoire en établissement soulève des questions qui méritent d'être considérées. Pourquoi certains gouvernements favorisent-ils plus que d'autres le recours au traitement obligatoire en établissement? Le traitement obligatoire est-il efficace? Quelles en sont les conséquences sur les plans social et financier? Du point de vue des libertés civiles, quelles conséquences découlent du traitement obligatoire?

6.3 Répercussions sur la recherche

a) Sur la consommation d'alcool

Bien que le présent rapport représente un pas en avant pour ce qui est de la quantité et de la qualité des données dont on dispose concernant la consommation d'alcool, des améliorations continuent de s'imposer. Cette remarque est d'autant plus pertinente que les nouvelles données présentées ici sont dérivées de l'Enquête Santé Canada, qui est maintenant terminée. En termes plus précis, il pourrait être souhaitable de mener une enquête nationale minutieuse sur les habitudes de consommation des Canadiens. Si cela se révélait impossible, on pourrait à la place procéder à des enquêtes régionales et inclure des questions concernant la consommation d'alcool dans d'autres enquêtes nationales.

Il faudra qu'on recueille de plus amples informations sur les facteurs responsables des changements récents dans les habitudes de consommation des Canadiens. On pourrait, dans ce contexte, explorer un certain nombre de questions : les changements possibles dans le choix des boissons consommées -- en ce qui a trait particulièrement à l'augmentation de la consommation de vin; la proportion élevée des ventes de boissons pour consommation à domicile, en dépit de l'augmentation énorme du nombre de licences délivrées pour des débits de boissons dans beaucoup de provinces; les études sur le rôle de l'alcool dans les activités de tous les jours; et les études sur les rapports entre la consommation d'alcool et le chômage.

Les tendances observées dans l'accessibilité de l'alcool et la demande d'alcool requièrent une surveillance et un examen continus. On pourrait, dans un premier temps, procéder à une levée d'inventaire. En termes plus précis, on pourrait établir un répertoire des modifications législatives, des règlements, des lignes de conduite, etc., qui

peuvent nettement influer sur l'accessibilité des boissons alcooliques.

On devrait aussi examiner les facteurs qui influent sur la demande, et notamment les tendances dans les loisirs, le travail et les habitudes générales de consommation, de même que les changements d'ordre démographique. Il est évident qu'au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays, le rapport entre l'alcool et les activités culturelles et sociales, le tourisme, les affaires, les passe-temps et les sports a changé. La piste empruntée pour les recherches devrait aussi inclure la nouvelle perception qu'ont les gens des habitudes de consommation acceptables et non acceptables dans une variété de situations sociales et d'événements.

Les fluctuations mineures des taux globaux de consommation au cours de la dernière décennie n'ont pas encore été examinées à fond. Il faudra procéder à de plus amples recherches en vue d'interpréter le nivellement ou le fléchissement de la consommation. Les études menées dans ce domaine pourraient tenir compte des variables économiques et sociales de même que des changements dans le degré de sensibilisation aux questions touchant à la santé et devraient porter plus spécifiquement sur les périodes et les lieux où les habitudes de consommation de longue date ont été interrompues.

On devrait en outre encourager les "expériences dites naturelles" pratiquées au Canada et ailleurs dans le monde, en Finlande et en Norvège tout particulièrement. Ces études nécessitent un examen des modifications apportées aux lignes de conduite, aux règlements ou aux modes de distribution de l'alcool et permettent de déterminer les effets locaux et à court terme sur les niveaux de consommation et les problèmes liés à l'alcool. Pour favoriser ce genre de recherche, on pourrait perfectionner les méthodes et mettre au point des instruments standardisés pour

les études nationales, de façon à faciliter la comparaison entre les rapports de recherche et la constitution d'une base de données utiles.

b) Sur les conséquences de l'usage de l'alcool

Pour ce qui est des suites à donner à l'Enquête Santé Canada, il faudrait qu'on poursuive les efforts en ce sens à l'échelle nationale, afin de réunir de plus amples données sur les problèmes liés à l'alcool signalés par les intéressés eux-mêmes. Ce type de recherche permettrait de réunir des données transversales et même longitudinales sur le choix des boissons consommées, les lieux de consommation, les quantités consommées et le mode de consommation, de même que le rapport entre ces variables et les complications résultant de l'usage de l'alcool.

Il faudrait aussi poursuivre les recherches sur le rôle de l'alcool comme agent perturbateur dans les contextes de la famille, du travail et de l'ordre public. Ces études pourraient inclure la détermination de mesures indirectes et la description des ensembles de données disponibles, et être complétées par des études pilotes sur la façon dont on pourrait utiliser les données disponibles et améliorer la qualité des systèmes d'information.

Bien qu'il soit justifié de poursuivre les efforts actuels de recherche tant sur les conséquences chroniques que graves de la surconsommation d'alcool, les efforts déployés n'ont pas été aussi intensifs dans le second que dans le premier cas. Des recherches sur la façon dont les statistiques sont produites et la façon dont la composante alcool pourrait être détectée et précisée s'imposent. En outre, on devrait favoriser la poursuite d'études pilotes faisant appel à des indicateurs considérés comme particulièrement sensibles aux circonstances et faits liés à

l'alcool. On pourrait notamment, en vue d'explorer ces questions, comparer les données sur les accidents dont disposent les services d'urgence des hôpitaux généraux avec d'autres données obtenues auprès d'un groupe de contrôle approprié.

c) Sur les traitements

Bien que le présent rapport contienne des informations obtenues auprès de centres spécialisés de traitement de l'alcoolisme de cinq provinces canadiennes, il ne fournit qu'une image partielle de la situation dans le secteur des traitements spécialisés au pays. Il faudrait donc que des mesures soient prises en vue d'obtenir qu'un plus grand nombre d'établissements participent au système de collecte de données et de normaliser les données de base introduites dans ce système. En outre, on devrait essayer de réunir des données individuelles à des fins d'analyse. Ce travail préparatoire devrait faciliter la réalisation d'études sur les tendances et patterns intra- et inter-provinciaux en ce qui a trait au nombre et au type de patients de même qu'aux caractéristiques des services offerts.

On devrait favoriser la mise en oeuvre de nouvelles études sur les méthodes et modalités de traitement, et tout particulièrement sur les méthodes se caractérisant par des coûts peu élevés, des interventions de courte durée et le potentiel voulu pour rejoindre un grand nombre de clients souffrant de dépendance à l'égard de l'alcool.

On sait fort peu de choses sur l'impact des expériences concomitantes ou consécutives au traitement sur les taux de rétablissement. Il faudrait qu'on recueille des données pendant des périodes relativement longues auprès d'un échantillon constant de personnes concurremment à des programmes de traitement de même que de personnes inscrites à des programmes consécutifs de traitement.

On pourrait, à l'aide d'études pilotes de ce genre, élaborer des études longitudinales plus complexes et précises. Ce type de recherche a pour objet d'évaluer le rôle de l'expérience vécue en cours de traitement sur le rétablissement.

Comme cela est indiqué au chapitre V, les hôpitaux généraux traitent un grand nombre des personnes blessées au cours d'accidents liés à l'usage de l'alcool au Canada. Toutefois, on connaît moins bien la nature des services offerts par ces hôpitaux aux personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcool. On devrait donc procéder à des études en vue de déterminer la gamme et les caractéristiques des méthodes de traitement en usage, de même qu'à des recherches sur leur impact sur les taux de rétablissement.

Enfin, on devrait favoriser la réalisation de recherches sur l'efficacité des méthodes de prévention. Il faudrait, plus particulièrement, veiller à ce qu'aucune ligne de conduite dépourvue d'une composante évaluation ne soit adoptée.

Chapitre VII

ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE EN MATIÈRE D'ALCOOL

7.1 Introduction

Dans les chapitres précédents du présent rapport, nous traitons directement de la situation qui existe au Canada en ce qui a trait à l'alcool, telle que reflétée par les statistiques actuelles. Il est toutefois impossible de comprendre pleinement la signification de cette situation sans prendre en considération le milieu dans lequel ces tendances émergent. Aussi les rédacteurs ont-ils décidé d'inclure dans le présent chapitre une description de quelques considérations importantes relatives au contexte qui influeront sur les initiatives qui seront prises aux échelons national, provincial et local en vue de régler les problèmes liés à l'alcool. Nous sommes bien conscients que la discussion qui suit ne présente pas un tableau définitif ni complet de la situation, mais nous espérons qu'elle contribuera à l'élaboration d'une réponse plus efficace aux problèmes liés à l'alcool au Canada.

7.2 Cote prioritaire accordée à la politique en matière d'alcool

Il importe de signaler ici que l'Organisation mondiale de la santé, lors de son assemblée de mai 1983 à Genève, a adopté une résolution, appuyée par le Canada, dans laquelle elle demandait aux nations membres de formuler une politique nationale exhaustive en vue de trouver une solution aux problèmes liés à l'alcool. Cette recommandation va tout à fait dans le sens de l'élaboration de réponses efficaces aux problèmes liés à l'alcool au Canada. De plus, cette demande,

représente un défi pour le Canada et lui permettra d'éprouver la structure et le cadre à l'intérieur desquels les initiatives en matière de programme émergent naturellement au Canada. Pour donner suite à cette résolution de façon réaliste, le Canada devra donc examiner soigneusement les questions relatives à l'élaboration d'une politique en matière d'alcool au Canada, de même que le contexte y afférent.

Envisagés dans une optique individuelle, les problèmes d'alcoolisme occupent probablement une place aussi grande au Canada que dans les autres pays où l'on note des taux de consommation similaires ou plus élevés que les taux canadiens. Les programmes abordant les questions relatives à l'alcool sous l'angle de l'éducation, des traitements, des recherches et de la prévention sont bien connus à l'échelle nationale de même que dans plusieurs régions du Canada. En outre, presque toutes les provinces ou territoires comptent des fondations ou organismes qui s'occupent de toxicomanie. Chose certaine, il existe au Canada de nombreux groupes d'intérêt de même que de nombreux organismes régionaux, provinciaux et fédéraux qui s'intéressent à des degrés divers aux questions liées à l'alcool.

Dans de nombreux secteurs d'activité reliés à la consommation d'alcool et aux problèmes y afférents, les contributions des Canadiens sont reconnues et elles ont même, dans certains cas, servi de modèle à d'autres gouvernements. Ainsi, les Canadiens ont à leur crédit passablement de recherches qui faciliteront sûrement l'élaboration d'une politique. Il semble, toutefois, qu'on ait davantage mis l'accent sur les activités de recherche à l'étranger que sur l'élaboration de politiques au Canada. Il ne faudrait pas en conclure que le Canada n'a pris aucune initiative en matière de politique dans le domaine de l'alcool. En fait, un certain

nombre d'initiatives ont été prises, dont voici quelques exemples récents : mise sur pied d'un groupe de travail sur l'éducation publique en matière d'alcool; interdiction de toute publicité touchant l'alcool dans certaines provinces; tentatives en vue de négocier un code de publicité volontaire avec l'industrie de l'alcool; élévation de l'âge de la majorité dans certaines provinces; opposition aux propositions visant la vente de bière et de vin dans les épiceries; opposition à la vente d'alcool à l'occasion d'événements sportifs; possibilité pour certaines collectivités nordiques d'interdire l'alcool sur leur territoire. Toutefois, ces initiatives se fondaient plutôt, dans l'ensemble, sur des considérations spéciales et ne s'inscrivaient pas dans une perspective ou une orientation globale. Si l'on peut dégager une perspective de la période de l'après-guerre, cette dernière révèle une augmentation graduelle de l'accessibilité de l'alcool. Il semble qu'en l'absence d'une politique claire et à la lumière des pressions persistantes de l'industrie de l'alcool et des secteurs connexes, la normalisation de l'usage de l'alcool et le relâchement du contrôle sur l'accès à l'alcool finissent par devenir une politique, non à dessein, mais par un effet cumulatif de ce qui se fait dans la réalité.

Les initiatives en matière de politiques des organismes régionaux, provinciaux et fédéraux qui s'intéressent aux problèmes liés à l'alcool passent souvent inaperçues, se heurtent à des impasses ou à des contre-attaques ou sont tronqués ou réduites à des versions fragmentaires de la proposition initiale. Dans certains cas, des propositions sont présentées, mais sans qu'on ait pris soin auparavant de procéder à une orchestration et à une préparation qui accroîtraient les chances que la proposition reçoive une "juste attention". En outre, les propositions en matière de politique ont eu tendance à se présenter comme des réactions plutôt que

comme des mesures incitatives. Ainsi, on a critiqué les changements récents apportés à la distribution de l'alcool plutôt que d'élaborer des principes généraux et des orientations en vue des modifications futures. Il appert, selon toute évidence, qu'on néglige souvent de consulter les organismes responsables en matière d'alcool lorsque vient le temps d'apporter des changements importants aux règlements concernant l'alcool.

L'élaboration et la promotion d'une politique en matière d'alcool est sans nul doute l'une des plus importantes tâches à laquelle doivent s'attaquer les personnes qui s'intéressent aux conséquences sur la santé de la consommation d'alcool. Dans bien des cas, il faudra prendre des initiatives dans des secteurs inexplorés afin d'obtenir les résultats souhaités. Comme l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques semblent en être à l'étape des rudiments, il faudra, pour que la situation change, que les organismes qui partagent les mêmes intérêts de base collaborent passablement les uns avec les autres. La politique en matière d'alcool se heurte à des obstacles de taille qui ne seront pas surmontés à moins que l'élaboration de cette politique ne devienne un objectif prioritaire pour les organismes qui ont pour mandat de s'intéresser aux conséquences de l'usage de l'alcool au Canada.

7.3 Contexte de l'élaboration d'une politique

Le contexte canadien favorise, l'élaboration d'une politique fragmentaire en matière d'alcool et, fait obstacle aux nouvelles initiatives dans ce domaine. Il s'ensuit que les changements apportés aux règlements, par exemple, sont fonction des exigences et des intérêts de la population, des contraintes d'ordre politique ou des intérêts des groupes directement concernés.

On peut s'attendre à ce que la situation actuelle débouche sur des avantages accrus pour les secteurs de la production, de la distribution et de la vente d'alcool, voire (dans un sens) pour la minorité des buveurs habituels et des gros buveurs.

Toutefois, en évitant les questions relatives à l'alcool ou en leur accordant un traitement spécial, on crée des désavantages tant à court qu'à long terme pour la population — y compris les buveurs actuels et les personnes qui s'abstiennent d'alcool de même que, plus particulièrement, les personnes qui boivent au point de mettre leur santé en danger ou d'exposer d'autres personnes à des risques.

Il est peu probable que le contexte va changer de façon remarquable ou même qu'il changera tout simplement en l'absence d'initiatives en matière de politique. Par des discussions, des débats et la mise au point de propositions plus faciles à réaliser, on pourra peut-être rehausser l'intérêt du public pour la politique en matière d'alcool et susciter des initiatives pertinentes.

Dans l'ensemble, la politique en matière d'alcool au Canada se heurte à quatre grands types de contraintes : historiques, idéologiques, politiques et empiriques. Nous allons dans les paragraphes qui suivent discuter brièvement de chacun de ces types de contraintes.

a) Contraintes historiques

Le passé récent nous présente un imbroglio des initiatives en matière de politique. Ces dernières incluent les évocations et les interprétations de la période de la prohibition, les attitudes moralisatrices et punitives à l'égard des gros buveurs, les images qu'évoquent les problèmes liés à l'alcool et tout particulièrement celles du "robineux" ou de "l'alcoolique invétéré", et, comme nous l'avons déjà laissé entendre, les prétentions

territoriales exagérées se fondant sur le caractère inopportun de la perspective adoptée pour considérer l'alcoolisme comme une maladie.

Ces orientations compliquent la situation pour ce qui est de la mise en oeuvre de mesures de réglementation, étant donné qu'elles ne favorisent pas un examen sérieux des contrôles sur l'accès à l'alcool non plus qu'une mise en relief fondamentale des problèmes liés à l'alcool dans l'ensemble. Ce sont aussi ces orientations qui permettent de comprendre pourquoi l'importante contribution des non alcooliques au taux des dommages résultant d'un excès occasionnel d'alcool ou de la consommation régulière d'alcool a été sous-estimée.

Qui plus est, le contrôle de l'alcool au Canada, et tout particulièrement dans la période de l'après-guerre, a été érodé par des changements graduels mais persistants et notamment par un accès toujours plus grand à l'alcool, par la diversification des types de boissons et de débits d'alcool, changements qui se sont accompagnés d'une normalisation de l'usage de l'alcool. Il semble, en outre, que les changements dans les attitudes et le comportement des consommateurs se soient accompagnés d'un assouplissement des règlements.

Au Canada, comme dans d'autres pays occidentaux, l'industrie de la production, de la promotion et de la distribution de l'alcool est dominée par des firmes multinationales. Dans certains cas, dans celui par exemple du marché intérieur de la bière, on remarque une concurrence considérable, tant à l'intérieur même du secteur qu'entre ce secteur et les marchés du vin et des spiritueux, et le recours à des tactiques clés telles que l'introduction fréquente de nouvelles marques, des campagnes publicitaires à grande échelle et des pressions en vue d'obtenir un assouplissement ou des modifications des contrôles sur la distribution et la vente de l'alcool.

Ces facteurs — accès accru à l'alcool, prolifération des catégories et des marques de boissons, augmentation du nombre et des types de débits d'alcool, et intégration de la consommation d'alcool dans pratiquement toutes les grandes sphères de la vie personnelle et sociale — ne créent pas un environnement favorable à l'élaboration d'une politique mieux orientée en matière d'alcool. Non seulement ces changements ont-ils contribué à l'élévation des taux de consommation au Canada au cours des dernières décennies, mais aussi les attentes de la population et les habitudes de consommation qui ont vu le jour parallèlement à ces changements créent un environnement qui n'est pas particulièrement propice à la discussion de questions de réglementation.

Et comme la vaste majorité des changements ont eu pour résultat que la normalisation de l'usage de l'alcool est désormais perçue comme le statu quo, les recommandations en vue d'empêcher de nouvelles augmentations des taux déjà élevés de consommation et de limiter l'accès à l'alcool sont susceptibles d'être perçues comme restrictives ou régressives.

b) Contraintes idéologiques

Au cours des dernières décennies, il semble qu'il se soit produit une érosion non concertée mais néanmoins systématique des tabous s'opposant à l'usage de l'alcool dans de nombreux contextes, érosion qui a conduit à la normalisation de l'usage de l'alcool. Il semble que les gens sont moins susceptibles qu'ils ne l'ont déjà été de définir l'usage qu'ils font de l'alcool en prenant pour paramètre les principes mis de l'avant par une institution ou des préceptes religieux ou éthiques. L'adulte est typiquement perçu comme le seul responsable de ses actes en ce qui a trait à la consommation d'alcool, ou du moins comme largement responsable de ses actes à cet

égard, tandis que les personnes considérées comme alcooliques sont particulièrement exonérées de leur responsabilité par rapport à leurs problèmes d'alcoolisme.

Dans le contexte d'une normalisation toujours plus grande de l'usage de l'alcool et d'une tendance persistante à imputer à un individu la responsabilité de l'usage qu'il fait de l'alcool et à accepter cette imputation, il est probable que les gens s'opposeront farouchement à la mise en oeuvre de mesures de réglementation de l'usage de l'alcool et de ses conséquences dans l'ensemble, à fortiori s'il s'agit de mesures qui peuvent entraîner des inconvénients mineurs du point de vue des buveurs ou se révéler ennuyeuses pour les gros buveurs n'ayant pas nécessairement encore fait l'expérience de problèmes.

De façon typique, les droits perçus de la majorité (buveurs sociaux) ont la préséance dans les délibérations, et tout particulièrement quand le produit dont il est question est d'ores et déjà considéré comme un produit dont la consommation et le commerce est chose courante et "normale". Souvent, les risques posés à la société, la responsabilité des gouvenements à l'égard de la santé de la population, les coûts de la surconsommation d'alcool de même que les dangers et les dommages causés par une minorité de buveurs ne sont pas pris en considération.

Dans ce climat, il est difficile de présenter une politique de façon convaincante, étant donné que dans l'ensemble les attitudes à l'égard de l'alcool et les habitudes de consommation contribuent de façon significative à la prévalence de la surconsommation et des différents types de dommages associés à l'alcool dans une région déterminée. Des programmes de prévention primaire efficaces ne sont pas susceptibles de trouver un climat favorable, quand l'orientation prédominante à l'égard de l'usage de l'alcool revêt un caractère individualiste.

c) Contraintes politiques

Les différents secteurs de la société, qu'il s'agisse du gouvernement, de l'industrie ou des groupes d'intérêt locaux, ne perçoivent pas l'alcool de la même façon. Aux différentes étapes, depuis la production jusqu'aux mesures à prendre vis-à-vis des conséquences, en passant par la distribution, la vente et la consommation d'alcool, les intérêts et les acteurs en cause ne sont pas les mêmes. Ainsi, les intérêts des organismes de réglementation de la production (qualité, étiquetage) diffèrent passablement de ceux des groupes qui réglementent la distribution ou la vente ou de ceux des groupes qui cherchent à limiter les dommages résultant de la consommation d'alcool.

Comme on a pu le constater, les directions ou services des gouverments fonctionnent de façon relativement indépendante, bien qu'il leur arrive de temps à autre de travailler en collaboration. Ainsi, les ministères chargés de superviser la distribution et la vente de l'alcool peuvent être les principaux instigateurs de changements apportés aux règlements, en conséquence desquels les taux de consommation et, par voie de conséquence, les problèmes de santé et les autres risques, peuvent augmenter.

Les initiatives de réglementation risquent de se heurter à des réactions négatives ou mitigées, et ce à plus forte raison si leur mise en oeuvre requiert la participation de plusieurs organismes et services gouvernementaux qui ont l'habitude de travailler en vase clos. Selon toute vraisemblance, ces difficultés ne seront pas résolues complètement. Néanmoins, il est peu probable que les choses pourront progresser de façon significative à moins que ne soient mis sur pied des groupes ou comités interministériels chargés d'évaluer et de planifier la politique en matière d'alcool.

d) Contraintes empiriques

Malgré les progrès accomplis ces dernières années dans les recherches concernant l'alcool et la collecte de données sur le même sujet, plusieurs contraintes nuisent encore à l'élaboration d'une politique, comme c'est le cas pour d'autres questions d'intérêt public. En tout premier lieu, quand les organismes responsables de l'élaboration d'une politique hésitent à prendre des initiatives, il est fort probable que les normes utilisées pour juger s'il y a "motif à action" seront plus élevées. Ainsi, les justifications empiriques sur lesquelles on se fonde pour relâcher le contrôle exercé sur l'alcool ont tendance à se présenter comme des mesures spéciales ou du moins à être beaucoup moins solides que les justifications exigées quand vient le temps de maintenir les mesures de contrôle en place ou d'en adopter de nouvelles. En outre, l'évaluation des initiatives prises dans le domaine de l'alcool peut ne pas rendre justice à ces dernières, en raison d'un manque de communication entre les personnes qui lancent les initiatives et celles qui en évaluent les effets. Voici un exemple. On a dans le passé modifié des mesures réglementaires sans accorder une attention suffisante à la question de la collecte de données de base et de la surveillance des réactions obtenues.

Les données globales, qui sont typiquement utilisées dans nombre de rapports de recherche visant l'élaboration de politiques, ne sont d'aucune aide à l'échelle locale. La collecte d'informations peut mettre l'accent sur des questions importantes à longue échéance, mais négliger les problèmes urgents qui se posent tout de suite. Comme nous l'avons déjà signalé dans le présent rapport, il est possible qu'on dispose de peu d'informations raisonnablement fiables, et tout particulièrement d'informations disponibles dans un délai très bref, sur les nouvelles

questions concernant l'alcool qui peuvent voir le jour, sur les problèmes relatifs à l'alcool et à la famille par exemple.

La pertinence et l'impact des contraintes mentionnées ci-dessus varieront selon le contexte particulier à l'intérieur duquel des initiatives de réglementation seront prises, selon la politique envisagée de même que les méthodes et les techniques utilisées pour en faire la promotion. Bien qu'il soit idéaliste de présumer que ce qu'il faudra faire pour surmonter ou contourner ces contraintes ne constitue qu'un aspect mineur de l'élaboration d'une politique, il reste possible d'explorer différentes avenues pour trouver une solution et pour améliorer donc le climat qui préside au Canada relativement à l'élaboration de politiques. On pourrait par exemple : déterminer les questions de politique revêtant une importance capitale; tirer avantage des alliés naturels; lancer un débat à l'échelle communautaire; et améliorer les rapports entre la recherche et l'action. Toutes ces avenues sont discutées dans le paragraphe et le chapitre qui suivent.

7.4 Questions de politique revêtant une importance capitale

La large panoplie des demandes de financement et le déclin du réservoir des ressources attestent de la nécessité d'établir une politique sociale claire sur laquelle on pourra se fonder pour déterminer les priorités en matière d'élaboration de programmes. Les décisions touchant l'établissement de programmes et de politiques en matière d'alcool sont dans une large mesure tributaires des principales lignes de conduite du gouvernement en ce qui a trait au contrôle et à la distribution de l'alcool et à la place de l'alcool dans la société. La question que doivent trancher les organismes chargés de l'établissement des politiques se présente ainsi : est-il ou non nécessaire d'établir une

politique? D'une part, la formulation d'une politique permettra de déterminer la position adoptée, et d'autre part, l'absence de politique permet l'adoption de mesures spéciales pour régler certaines questions.

Il est devenu de plus en plus clair qu'aucun organisme isolé n'a, à cause des contraintes budgétaires et des limites des programmes, la capacité de résoudre les problèmes multiples et complexes liés à l'alcool que connaît la société aujourd'hui. Les problèmes présentent de multiples facettes et ne se prêtent pas à des solutions simples. Aussi faut-il que les organismes et les ministères compétents en matière de finance, de droit, d'affaires sociales et de santé discutent ensemble, collaborent les uns avec les autres et coordonnent leurs efforts, si l'on veut que les problèmes soient perçus dans toutes leurs ramifications. Il faudra qu'on mette au point une politique multilatérale si l'on veut essayer de satisfaire aux besoins et aux intérêts des divers secteurs par le biais d'une politique cohérente et pertinente du gouvenement central. La question de politique se pose comme suit : faut-il faire porter les efforts sur un large éventail de questions, considérer les différentes questions de façon isolée, ou s'attaquer aux problèmes liés à l'alcool qui revêtent un caractère stratégique?

Comme la consommation d'alcool est présentement chose acceptée dans la société, il importe de réglementer la distribution d'alcool, par le biais de permis, ou de règlements sur les heures de vente, les lieux de vente et la disponibilité. Chose certaine, les producteurs et les distributeurs ont intérêt à ce que l'alcool ne fasse pas l'objet de mesures particulières et à ce que la consommation d'alcool soit normalisée. Il faut, néanmoins, qu'en contrepartie de ces intérêts qu'on tienne compte de l'impact de l'alcool sur les comportements, ceux des jeunes en particulier, sur la sécurité routière et sur la

santé, et ce même pour les personnes qui consomment relativement peu d'alcool de façon persistante. La question qui se pose ici revient en définitive à déterminer s'il faut ou non accorder à l'alcool un statut spécial.

Les distributeurs d'alcool peuvent alléguer qu'il leur faut disposer de moyens raisonnables pour mettre en marché leurs produits. L'industrie des boissons recourt à la publicité pour s'approprier sa part du marché et convaincre les consommateurs d'utiliser ses produits. Une énergie et des ressources considérables sont consacrées aux campagnes publicitaires. La question qui se pose en matière de politique se présente néanmoins comme suit : doit-on, oui ou non, laisser l'industrie établir des plans de mise en marché sans tenir compte des conséquences qui peuvent en résulter sur la santé publique, conséquences amplement soulignées dans le présent rapport?

Chapitre VIII

DÉBAT PUBLIC ET INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

8.1 Introduction

Les données présentées dans le présent rapport sont surtout des données d'envergure nationale et provinciale et les mesures requises devraient être mises en oeuvre à ces échelons; on ne saurait trop souligner que c'est à l'échelle des communautés locales que les problèmes sont d'abord expérimentés et ressentis avec le plus d'intensité. Aussi est-il essentiel que les communautés participent à un débat ouvert et vraiment public si l'on veut que les initiatives donnent les meilleurs résultats possibles. Il serait malheureux que les collectivités ne reconnaissaient pas leur capacité d'influer sur le cours des choses à leur échelon de même qu'aux autres échelons.

Aussi allons-nous dans la présente partie traiter de quelques-unes des principales considérations que les collectivités pourraient souhaiter prendre en considération au moment d'élaborer des solutions efficaces aux problèmes liés à l'alcool. Nous allons, plus particulièrement, nous pencher sur la sélection d'une perspective appropriée, la création d'une conscience communautaire des problèmes et les mesures à prendre.

8.2 Sélection d'une perspective

L'une des premières mesures que doit prendre une collectivité lorsqu'elle veut s'attaquer aux problèmes liés à l'alcool consiste à sélectionner une perspective appropriée à cette fin. Une perspective qui peut permettre de tenir compte d'un large éventail d'intérêts divergents, voire contradictoires, est celle de l'hygiène publique. Cette perspective, en deux mots, repose sur

les rapports entre trois éléments -- l'hôte, l'agent et le milieu. Le terme "hôte" s'entend des personnes qui peuvent être exposées à un risque de connaître des problèmes liés à l'alcool, le terme "agent" s'entend de l'alcool et celui de "milieu" des facteurs tant physiques que sociaux extérieurs à l'individu. Tout plan exhaustif visant à régler les problèmes liés à l'alcool ou tout autre problème de santé doit prendre en considération ces éléments.

La perpective de l'hygiène publique se fonde sur un certain nombre de principes clés qui peuvent contribuer au maintien de débats publics valables sur les questions liées à l'alcool.

D'abord, cette perspective requiert que les grandes préoccupations communautaires en matière de santé soient prises en considération. Dans le cas de l'alcool, cela revient à dire que les problèmes liés à l'alcool doivent, dans cette perspective, être considérés en rapport avec d'autres préoccupations touchant la santé et le mode de vie, tel l'usage du tabac ou la nutrition. Il faudrait en outre que les problèmes liés à l'alcool soient considérés dans le contexte des forces politiques, sociales et économiques qui peuvent contribuer à leur apparition.

Un autre principe sur lequel repose la perspective de l'hygiène publique est celui du contrôle des risques. En d'autres termes, une intervention n'est justifiée que si des risques réels menacent des personnes ou des collectivités. Il faut donc que chaque collectivité détermine si les risques associés à l'alcool ont une ampleur suffisante pour justifier une intervention et, dans l'affirmative, quels sont ces risques précisément.

Un troisième principe est celui qui consiste à mettre l'accent sur le groupe ou la collectivité, plutôt que sur les personnes. Ce principe peut se révéler utile si l'on veut éviter d'isoler un certain groupe de personnes visées par une action communautaire, et, en

conséquence, de "blâmer les victimes". L'accent, au contraire, est mis sur ce que l'on peut faire pour changer le milieu social, physique et relationnel à l'intérieur duquel tous les membres de la collectivité vivent, et ce de telle façon que certains groupes se trouvent moins susceptibles que d'autres de faire l'expérience des conséquences nocives de la consommation d'alcool.

Enfin, un dernier principe repose sur l'action collective. La perspective de l'hygiène publique suppose au départ que pour obtenir les meilleurs résultats possibles, mieux vaut que les gens travaillent ensemble, plutôt qu'en vase clos et sans coordination des efforts.

8.3 Création d'une conscience communautaire

Au même titre que dans le traitement clinique des cas particuliers, l'évaluation du problème constitue un facteur critique dans le refus ou la reconnaissance par la collectivité des problèmes liés à l'alcool, de même que dans les solutions qui peuvent éventuellement être adoptées. Les données nationales et provinciales, soit les données mentionnées dans le présent rapport, ne peuvent pas, seules, inciter les collectivités à réagir aux problèmes liés à l'alcool. Avant que les collectivités ne passent à l'action en vue de s'attaquer à ces problèmes, il faudra qu'elles évaluent leurs propres expériences en rapport avec la consommation et l'abus d'alcool, de même que les voies d'action qui s'ouvrent à elles.

Dans un premier temps, toute collectivité doit confirmer ses propres expériences et vérifier si les tendances notées ailleurs se réflètent dans la situation locale et dans quelle mesure. À cette fin, les collectivités devront recueillir des données auprès des principales sources communautaires d'informations, et des statistiques locales en ce qui a trait aux habitudes de

consommation, aux valeurs morales associées à l'usage de l'alcool, aux infractions à la Loi sur les boissons enivrantes, aux infractions au code de la route pour conduite en état d'ébriété, aux hospitalisations de même qu'au nombre des patients adressés à un centre de traitement spécialisé de l'alcoolisme et aux interventions de cet ordre. De toutes ces données émergera graduellement un modèle qu'on pourra décrire et reconnaître et qui pourra servir à établir des points de convergence et de divergence entre les tendances notées aux échelons provincial et national. Une fois ce travail accompli, des mesures peuvent être prises en vue de réitérer l'expérience dans toute la collectivité et de sensibiliser les citoyens aux dimensions et à l'étendue des problèmes qui les assaillent.

Une fois établie cette conscience communautaire, la collectivité est assez bien informée pour répertorier quelques-unes de ses ressources en vue de coordonner ses efforts et de renforcer sa capacité de réaction, de même que de déterminer les programmes et stratégies les mieux adaptés à ses besoins et les plus susceptibles de donner les résultats escomptés. Dans ce deuxième temps, la conscience communautaire peut permettre d'éviter une multiplication des efforts et de tirer des leçons de l'évaluation des réactions actuelles et passées vis-à-vis des problèmes. Elle peut permettre aussi de réunir certains acteurs clés de l'action communautaire et servir à la création d'une coalition.

Enfin, avant de se lancer dans l'action, une collectivité aurait intérêt à considérer les limites qui s'imposent à elle. À l'échelon communautaire comme à d'autres échelons, les possibilités d'action sont limitées par le contexte politique et social. Des contraintes historiques, idéologiques, politiques et empiriques à l'élaboration de politiques peuvent en outre ajouter à la complexité de

l'action communautaire. La collectivité doit connaître ces contraintes et reconnaître que toute action qui ne tiendrait pas compte du contexte peut se révéler inefficace ou être cause de frustrations, à moins qu'on essaie de créer un climat social et politique propice à cette action et qui lui soit compatible. En d'autres termes, il faudra aussi qu'on évalue et qu'on modifie les attitudes communautaires à l'égard de l'alcool en même temps que s'établira la conscience communautaire de l'ampleur du problème. Bien que l'expérience d'une collectivité à l'égard de l'alcool puisse revêtir un caractère singulier, il est évident que les attitudes communautaires sont modelées par des politiques et des principes dont l'envergure et les ramifications s'étendent aux échelons provincial et national. Et comme les politiques provinciales et nationales influent sur les attitudes communautaires et restreignent l'action à ce niveau, il est d'autant plus nécessaire que les attitudes locales soient prises en considération dans le cadre du processus démocratique de la formulation d'une politique en matière d'alcool aux échelons provincial et national.

8.4 Mesures à prendre

Les collectivités auraient intérêt à bien connaître les quatre facteurs qui revêtent une importance capitale au regard des initiatives qu'elles peuvent prendre pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool. Il peut se révéler nécessaire pour une collectivité donnée, à cause de sa situation particulière, de tenir compte en même temps des quatre facteurs mentionnés ci-dessous, ou encore de les aborder dans un ordre différent de celui dans lequel ils sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

1) Pour que l'action soit efficace, il faut que les problèmes soient présentés clairement et que leur pertinence par

rapport aux intérêts des gens considérés comme personne et comme citoyen soit précisée. De façon générale, les approches unilatérales et radicales vis-à-vis des problèmes - comme les interdits ou les prohibitions qui frappent également tous les alcooliques, sans distinction - ont été mieux comprises et ont davantage fait l'objet de débats que les propositions et initiatives actuelles en matière de prévention primaire et secondaire. Les campagnes axées sur un seul problème et dont les composantes clés peuvent être comprises par beaucoup de gens ont plus de chance de gagner l'appui du plus grand nombre. Néanmoins, dans le domaine de l'alcool (comme dans d'autres domaines), l'action la plus efficace peut nécessiter l'examen de questions complexes. Les responsables de l'élaboration de politiques, les éducateurs et les responsables de la promotion des politiques à l'échelon communautaire et aux autres échelons doivent veiller, entre autres points importants de leur plan d'action, à présenter les éléments clés d'un problème dans des termes pertinents et capables de captiver l'intérêt de l'auditoire.

2) Il est aussi particulièrement important que les leaders de l'action jouissent, auprès de la population, de la crédibilité voulue pour se prononcer sur les questions et prendre des mesures pertinentes. Selon les endroits, il peut se révéler plus important que les leaders soient des personnes respectées et jugées crédibles par la population locale que des personnes ayant les faveurs des milieux officiels. Il n'est pas nécessaire que la crédibilité se limite au domaine considéré; des person

nes n'ayant aucune compétence particulière dans le domaine de l'alcool peuvent fort bien jouir d'un degré élevé de crédibilité auprès de la population locale et régionale. Néanmoins, si ces personnes ne sont pas perçues comme "des experts en la matière", il serait souhaitable qu'elles fassent appel aux services de conseillers choisis parmi les personnes considérées par la population locale comme compétents en la matière.

3) Il est essentiel, pour qu'une campagne soit un succès, qu'on procède à un relevé des personnes ou des groupes qui poursuivent grosso modo des buts similaires, qu'on établisse des liens et des ententes avec ces dernières ou ces derniers. Dans le cas de l'alcool, des alliances sont possibles avec des groupes religieux, des organismes et des associations s'intéressant à la santé ou au régime alimentaire, des groupes antitabagistes, des organismes s'occupant de sécurité routière, des associations s'intéressant à la condition physique, et bien d'autres encore. Bien que des efforts indépendants visant spécifiquement l'alcool ont l'avantage de permettre un contrôle plus grand sur l'objet de l'action et sur les méthodes utilisées à l'échelon local, ces efforts risquent de n'être appuyés que par une partie de la population. En cherchant à obtenir la collaboration d'alliés naturels, on peut accroître ses chances de succès.

4) Il faut aussi, quand vient le temps de passer à l'action, stimuler et maintenir l'intérêt et l'appui des gens. En plus des alliances officielles avec des groupes poursuivant des buts comparables, on peut procéder à des campagnes non officielles auprès de petits groupes

veut élargir la base de soutien. Ces campagnes, particulièrement pertinentes, peuvent se présenter ainsi : contacts avec des voisins, des amis et des collègues, etc., de même que des initiatives plus structurées empruntant la forme d'un "lobby". Grâce à toutes ces actions, la question à l'étude deviendra l'objet d'une discussion non officielle, mais pourra aussi devenir l'objet d'un débat public, de déclarations officielles et d'activités de certains organismes.

Chaque étape comporte des composantes générales et spécifiques : coordonner les activités et les répartir selon un échéancier donné en vue d'accroître leur pouvoir d'influence; déterminer les méthodes et les organes utilisés pour rejoindre la population et obtenir du soutien; déterminer la façon de réagir aux critiques et à l'opposition; déterminer comment s'assurer l'appui et l'intérêt de la population, etc.

Bien que l'objet du présent chapitre se limite à la présentation de quelques propositions de base, nous tenons à préciser que ces facteurs devraient au moins être examinés attentivement au moment de lancer des initiatives touchant à l'alcool tant à l'échelon communautaire qu'aux échelons plus vastes.

Les lecteurs qui souhaiteraient obtenir de plus amples informations et des conseils concernant la façon de lutter contre les problèmes liés à l'alcool à l'échelon communautaire pourront trouver dans les deux ouvrages

ci-dessous des réponses à leurs questions :

Rootman, I. et Moser, J. Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Responses. Genève, Organisation mondiale de la Santé, publications Offset, 1984.

Canada. Agir contre les excès de boisson : un guide pour l'action communautaire. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social, Ottawa : 1983

Chapter IX

CONCLUSION

Nous avons, dans le présent rapport, tracé un tableau passablement complet des problèmes liés à l'alcool au Canada. Nous avons aussi, toutefois, établi qu'il faudrait que les données dont nous disposons soient mieux utilisées à meilleur escient et qu'on améliore sur les plans quantitatif et qualitatif la base de données, et ce tout particulièrement à l'échelon communautaire. Dans une certaine mesure, le présent rapport, sans compter les activités qui l'ont précédé, représente des pas dans la bonne direction, puisqu'il a nécessité la collaboration active de chercheurs et de responsables de l'élaboration de politiques en vue de la réalisation d'un objectif commun. Mais on pourrait faire davantage encore pour encourager et faciliter ce type de collaboration. Les chercheurs pourraient, par exemple, redoubler d'efforts pour déterminer les besoins d'informations des responsables de l'élaboration de politiques et des planificateurs des programmes, et pour axer leurs études sur les besoins à combler. Les chercheurs pourraient aussi présenter les résultats de leurs études de façon à ce qu'ils soient faciles à comprendre.

Les responsables de l'élaboration de politiques et les planificateurs pourraient, pour leur part, considérer plus attentivement les résultats des recherches et les conséquences possibles de leurs actions. Ce qui importe, c'est que les chercheurs et les responsables de l'élaboration de politiques s'engagent à travailler ensemble en vue de résoudre les problèmes critiques dont nous avons déjà fait état et pour réduire le tribut des problèmes liés à l'alcool au Canada.

Il reste à espérer que le prochain rapport marquera la continuation de ce processus, de façon que les responsables de l'élaboration de politiques et les planificateurs

de programmes puissent améliorer leurs interventions visant à lutter contre les problèmes liés à l'alcool et de façon que le public puisse faire des choix mieux informés. D'ici là, le présent rapport constitue une ressource pour quiconque s'intéresse à réduire les conséquences néfastes de l'usage de l'alcool au Canada.

BIBLIOGRAPHIE

Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, Toronto, 1982.

Beauchamp, D.E. "Exploring New Ethics for Public Health : Developing a Fair Alcohol Policy", Journal of Health Politics, Policy and Law (automne) : 338-354, 1976.

Beauchamp, D.E. Beyond Alcoholism : Alcohol and Public Health Policy. Philadelphie: Temple University Press, 1980.

Bruun, K. et coll. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective: Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.

Canada. La santé des Canadiens, Ottawa, Santé et Bien-être social et Statistique Canada, Ottawa: 1981.

Canada. Agir contre les excès de boisson : un guide pour l'action communautaire. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1983.

Day, Nancy. Alcohol and Mortality document préparé pour le NIAAA, contrat n° NIA-76-10(P), Washington, 1977.

D'Arcy, C. et Bold, G. Alcohol and Drug Dependency. Applied Research Unit, Psychiatric Research Unit, Psychiatric Research, Saskatoon (Saskatchewan), 1981.

Giesbrecht, N. et coll., Consequences of Drinking : Trends in Alcohol Problems Statistics in Seven Countries, Toronto: Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1983.

Layne, N. Dialogue sur l'alcool, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa: 1982.

de Lint, J. et Schmidt, W. "Control laws and price manipulation as preventive strategies". Dans : Room, Robin et Susan Shieffield (éditeurs), The Prevention of Alcohol Problems - Report of a Conference, Office of Alcoholism, Sacramento (Californie): 1974.

MacDonald, G. et Bygott, J. Impact of Beverage Alcohol on the Criminal Justice System : A Pilot-Study, Ontario Provincial Secretariat for Justice, Toronto, 1978.

Makela, K. et coll., Alcohol, Society and the State : A Comparative Study of Alcohol Control. Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Toronto, 1981.

Marshman, J. et coll., The Treatment of Alcoholics : An Ontario Perspective. Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Toronto, 1978.

Moore, M.H. et Gerstein, D.R. (éditeurs). Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. Washington: National Academy Press 1981.

Moser, Joy, Prevention of Alcohol Related Problems, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Toronto, 1980.

Popham, R.E., et Schmidt, W. et de Lint, J. "Government Control Measures to Prevent Hazardous Drinking". Dans : Ewing, James A. and B.A. Rouse. Drinking. Chicago: Nelson-Hall, 1978.

Richman, A. et Neumann, B. Breaking the "Detox-hoop" for Repeated Readmissions to Alcohol Detoxification Programs, Social Detoxification. Document présenté à la réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, New York, mai 1983.

Rootman, I et Moser, J. Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Responses. Genève: Organisation mondiale de la Santé, Publications Offset, 1984.

Schmidt, W. "Public Health Perspectives on Alcohol Problems with Special Reference to Canada", Proceedings of the Canadian Addiction Foundation Conference, Toronto, juin 1976.

Single, E., Giesbrecht, N., et Eakins, B. "The Alcohol Policy Debate in Ontario in the Post-War Era." Dans Single, E., Morgan, P. et de Lint, J. Alcohol, Society, and the State II. The Social History of Control Policy in Seven Countries, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Toronto, 1981.

Statistique Canada. Causes de décès, Ottawa, catalogue n° 84-203, 1980-82.

Statistique Canada. Chapitre 5 - La statistique de l'hygiène mentale, volume 1, Admissions et radiations des institutions, catalogue n° 83-204.

Statistique Canada. Le contrôle et la vente des boissons alcooliques pour le Canada, 1979, 1980, Ottawa catalogue n° 63-202.

Statistique Canada. La morbidité hospitalière, Ottawa, catalogue n° 82-206.

Sweden Report 82, The Swedish Council for Information and Other Drugs, Stockholm, 1982.

Organisation mondiale de la Santé. Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems : Development of National Policies and Programmes, Genève, OMS 36.12, 1983.

Whitehead, Paul C. Young Drinkers: A Review of Recent Canadian Studies. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, (sous presse).

POOR

QUALITY

ORIGINAL